

Läsnä ihmisenä 24/7

Potilaiden kokemuksia henkilökohtaisen tilan
säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä

Markku Liuski

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) LIUSKI, Markku Juhani	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 28.04.2012
	Sivumäärä 61+14	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Läsnä ihmisenä 24/7, potilaiden kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PALOVAARA, Marjo		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, vaativan osastohoidon yksikkö		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vaativan osastohoidon yksikössä olleiden potilaiden kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisestä sekä siihen liittyvistä ongelmista.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta tietoa potilaan henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä. Opinnäytetyö on soveltavaa tutkimusta, sillä tuloksia hyödynnetään Keski-Suomen keskussairaalassa toimivaa vaativan osastohoidon yksikön kehittäessä potilaslähtöisiä hoitotoimia ja –käytänteitä.</p> <p>Potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden toteutuneen pääpiirteittäin hyvin. Haastateltavien mielestä heidät otettiin huomioon päätöksenteossa ja he saivat riittävästi informaatiota päätöksen teon tueksi. Myös omaisten informointi ja huomioon ottaminen tuki potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista.</p> <p>Henkilökohtaisen tilan säilymiseen vaikuttivat vaativan osastohoidon yksikön fyysiset tilat. Ahtaus ja samassa huoneessa tapahtuva muu toiminta koettiin ajoittain hyvinkin häiritseväksi. Haastateltavilla oli myös kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisen epäonnistumisesta. Tapahtumat liittyivät usein auditiivisen tilan loukkauksiin tai vuorovaikutustilanteisiin.</p> <p>Olisi mielenkiintoista, jos sama tutkimuksen tekisi vaativan osastohoidon yksikön ulkopuolinen henkilö. Tällöin tutkimusta ei rasittaisi emotionaaliset tunnesiteet ja tulokset olisivat vielä objektiivisemmat. Lisäksi tutkittavien joukossa tulisi olla myös naisia, koska heidän kokemuksensa henkilökohtaisesta tilasta voi erota miesten kokemuksista. Syventävänä tutkimuksena voitaisiin selvittää tarkemmin eri henkilökohtaisten tilojen ulottuvuuksien merkitystä vaativan osastohoidon yksikössä hoidossa olleille potilaille.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Henkilökohtainen tila, itsemääräämisoikeus, vaativan osastohoidon yksikkö, intensiivinen hoito		
Muut tiedot		



Author(s) LIUSKI Markku	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 28.04.2012
	Pages 61+14	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Being present 24/7. Patients' experiences of the preservation of personal space in a High Dependence Care Unit		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PALOVAARA Marjo		
Assigned by Central Finland Central Hospital		
<p>Abstract</p> <p>The aim of the Bachelor's Thesis was to find out how patients who had been in a High Dependence Care Unit had experienced personal space and whether they had had problems associated with it. The purpose of the thesis was to produce novel information on a patient's personal space and its preservation in a High Dependence Care Unit. This thesis is an example of applied research as its results will be utilized in the development of nursing procedures and practices in the High Dependence Care Unit in Central Finland Central Hospital.</p> <p>The patients experienced that their self-determination was mainly fulfilled. The patients who were interviewed felt that they had been taken into account in decision making and that they were given sufficient information that helped them to make decisions. In addition, the fact that the relatives of the patients were informed and taken into account promoted the realisation of their self-determination.</p> <p>Preservation of personal space was affected by the premises in the High Dependence Care Unit. Cramped rooms and activities that took place in the same room were experienced disturbing. The patients also had experiences on failed personal space most of which were related to invasions of the auditory space or to interactive situations.</p> <p>It would be interesting if this study was conducted by a person outside the High Dependence Care Unit. Then the interviews would be free from emotional ties potentially resulting in even more objective results. Furthermore, the study should also include female patients as their experiences on personal space might differ from those of men. A follow-up study could more closely investigate the importance of the different dimensions of personal space for patients in a High Dependence Care Unit.</p>		
Keywords personal space, self-determination, demanding care unit, intensive care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	3
2. HOITOTYÖ VAATIVAN OSASTOHOIDON YKSIKÖSSÄ	5
2.1 Vaativan osastohoidon yksikkö	5
2.2 Hoitohenkilökunta	6
2.3 Hoitotyö vaativan osastohoidon yksikössä	6
2.3.1 Lääkehoito	8
2.3.2 Ravitsemushoito	8
2.3.3 Kivunhoito	10
2.3.4 Potilaan ja omaisten tukeminen	11
3. POTILAAN HENKILÖKOHTAINEN TILA	13
3.1 Henkilökohtaisen tilan neljä ulottuvuutta	15
3.1.1 Taktilinen tila	16
3.1.2 Audittiivinen tila	18
3.1.3 Visuaalinen tila	19
3.1.4 Olfaktorinen tila	19
3.2 Henkilökohtaisen tilan toteutumisen haasteet vaativan osastohoidon yksikössä	20
4. ARJESTA POTILAAKSI	24
4.1 Holistinen ihmiskäsitys	24
4.2 Potilaana ihminen	27
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	29
6. TUTKIMUSMENETELMÄT	30
6.1 Tutkimuksen lähtökohdat	30
6.2 Aineiston keruu	31
6.3 Käytännön järjestelyt	32
6.4 Roolini haastattelutilanteessa	34
6.5 Teemahaastattelu	36

6.7 Haastatteluaineiston litterointi ja analyysi	36
7. TUTKIMUSTULOKSET	39
7.1 Henkilökohtaista tilaa määrittävät tekijät	39
7.2 Päätöksentekoon vaikuttavat seikat	41
7.3 Vuorovaikutuksen haasteellisuus	43
7.4 Hoitokulttuuriin vaikuttavat tekijät	45
7.5 Fyysinen ympäristö	47
8. POHDINTA	49
8.1 Tutkimuksen validiteetti sekä reliabiliteetti	49
8.2 Tutkimusetiikka	50
8.3 Johtopäätökset	52
8.5 Jatkotutkimusehdotukset	55
LÄHTEET	57
LIITTEET	62
Hoitopäivät kumulatiiviset	62
Teemahaastattelun puolistrukturoidut kysymykset	64
Tutkimuslupa	65
Haastattelupyyntö	66
Esimerkki aineistoanalyysistä	68
Käsitekartta	69
KUVIOT	75
Pohjapiirros vaativan osastohoidon yksiköstä	75

1. JOHDANTO

20-vuotisen sairaanhoitaja urani aikana olen toiminut useassa kriittisesti sairaan hoitoa antavassa yksikössä. Olen ollut jo vuosien ajan kiinnostunut siitä, miltä potilaasta tuntuu olla jatkuvan tarkkailun alaisena. Vaativan osastohoidon yksikkö on poikkeuksellinen yksikkö jo siitäkin syystä, että siellä kriittisesti sairas potilas alkaa todennäköisesti ensimmäistä kertaa, sairastumisensa jälkeen, määrittämään itseään suhteessa mikro- sekä makroympäristöön.

Opinnäytetyössäni minua kiinnostaa muun muassa se, kokeeko potilas hoitajan kokoaikaisen läsnäolon miellyttäväksi vai epämiellyttäväksi sekä miten potilaan henkilökohtainen tila säilyy vaativan osastohoidon yksikössä.

Intensiivinen hoito on jokaiselle potilaalle yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus. Potilaan kokemus hoidosta on aina subjektiivinen ja se muodostuu siitä, millaisessa tilassa potilas oli hoidon aikana, mitä hän muisti hoidosta ja mitkä olivat potilaan etukäteistiedot intensiivisestä hoidosta. (Maunu 1996, 6-8; Blomster ym. 2001, 57.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää vaativan osastohoidon yksikössä olleiden potilaiden kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisestä sekä siihen mahdollisesti liittyvistä ongelmista. Rosqvistin (2003, 5) mukaan henkilökohtaisen tilan säilymiseen vaikuttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoidon aikana. Potilaan kokemuksia henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä tutkittiin haastattelujen avulla. Haastatteluissa pyrittiin selvittämään muun muassa henkilökohtaisen tilan säilymisen merkityksellisyyttä sekä siihen liittyviä tekijöitä, potilaiden keinoja suojata henkilökohtainen

tilansa sekä henkilökohtaisen tilan säilyttämiseen mahdollisesti liittyviä ongelmia.

Potilaiden kokemuksia hoidosta vuodeosastolla on tutkittu aina opinnäytetoista tohtorin väitöskirjoihin saakka. Itseäni kiinnostavat potilaiden kokemukset intensiivistä hoitoa tarjoavissa yksiköissä, joissa potilaat ovat jatkuvan tarkkailun alla. Potilaiden hoitoa teho-osastolla sekä esimerkiksi sydänvalvonnassa on tutkittu jonkin verran. Yksiköt muistuttavat toiminnaltaan vaativan osastohoidon yksikköä. Tämän vuoksi määritellessäni teoreettista viitekehystä olen tukeutunut myös näitä erikoisaloja koskevaan kirjallisuuteen sekä tutkimuksiin. Merkittävimmät erot yksiköiden välillä muodostuvat potilaiden kuntoisuudesta sekä hoitoajoista. Toisin sanoen potilaat ovat jo hieman paremmassa kunnossa tullessaan hoitoon vaativan osastohoidon yksikköön, esimerkiksi henkeä uhkaavat verenkierrölliset ongelmat ovat jo korjautuneet. Myös hoitoajat ovat merkittävästi pitempiä vaativan osastohoidon yksikössä kuin edellä mainituissa yksiköissä. Suomessa keskimääräinen hoitoaika teho-osastolla on 3,4 vuorokautta (Takkunen 1999, 35) ja Keski-Suomen keskussairaalan sydänvalvonnassa se on pari vuorokautta (ksshp/Keski-Suomen keskussairaala/sisätaudit/sydänvalvomo). Vaativan osastohoidon yksikössä keskimääräinen hoitoaika ajalla 28.4.2008 - 3.11.2011 oli 21,7 päivää (**LIITE 1**)

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa uutta tietoa potilaan henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä. Opinnäytetyöni on soveltavaa tutkimusta, sillä tuloksia hyödynnetään Keski-Suomen keskussairaalassa toimivassa vaativan osastohoidon yksikössä muun muassa suunniteltaessa ja kehittäessä potilaslähtöisiä hoitotoimia ja –käytänteitä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla neljää henkilöä, jotka ovat olleet hoidettavana vaativan osastohoidon yksikössä.

2. HOITOTYÖ VAATIVAN OSASTOHOIDON YKSIKÖSSÄ

2.1 Vaativan osastohoidon yksikkö

Vaativan osastohoidon yksikkö aloitti toimintansa virallisesti 3.9.2008. Vaativan osastohoidon yksikössä hoidetaan ympärivuorokautisesti potilaita, joilla ei enää ole varsinaista tehohoidon tarvetta, mutta jatkuva voinnin tarkkailu ja valvonta on heille vielä välttämätöntä. Potilaat otetaan yksikköön pääsääntöisesti ns. virka-aikana vastaavan lääkärin konsultaation perusteella. Potilaspaikkoja on tarvittaessa neljä. (ksshp / keskussairaala / vaativaosastohoidon yksikkö)

Vaativan osastohoidon yksikkö sijaitsee Keski-Suomen keskussairaalan M-siiven 000-kerroksessa traumaosaston yhteydessä. Hoituhuoneet ovat maan tasalla, joten potilailla on mahdollisuus nähdä ulos luontoon. Vaativan osastohoidon yksikkö koostuu kahdesta samankokoisesta hoituhuoneesta, jotka on erotettu toisistaan liukuovella (**KUVA 1**). Samoissa tiloissa ovat hoitajien työpöydät, hoitotoimiin tarvittavien tavaroiden kaapistot, lääkekaapit, sekä jääkaapit joissa säilytetään lääkkeitä ja tutkimuslääkkeitä. Tästä syystä toisessa hoituhuoneessa voidaan hoitaa ainoastaan yhtä potilasta.

Molemmissa hoituhuoneissa on televisio sekä mahdollisuus kuunnella radiota. Matkapuhelimien käyttö on sallittua. Oman tietokoneen käyttö ja internetiin pääsy on mahdollista. Vierailuajat on pyritty järjestämään kello 12 - 20 välisenä aikana, tarvittaessa muulloinkin.

2.2 Hoitohenkilökunta

Henkitorviavanne potilaat ovat yleensä hengityskoneessa, jolloin henkilökunnan tekninen osaaminen korostuu. Iivanainen ym. (2005, 390 - 400.) pitävät tärkeää, että hoitaja tuntee mahdollisimman hyvin kaikkien hoidon apuna toimivien teknisten laitteiden toiminnan ja osaa näin hyödyntää teknisiä laitteita potilaan hoidossa ja tarkkailussa.

Vaativan osastohoidon yksikössä on osastonhoitajan lisäksi 11 sairaanhoitajaa. Henkilökuntaan kuuluu sekä kokeneempia hoitajia että nuoria innovatiivisia hoitajia. Ilmapiiri on rento ja vaikeitakin asioita käydään läpi avoimesti.

Henkilökuntaa työvuoroissa on vaihtelevasti, kuitenkin niin että joka vuorossa on vähintään kaksi hoitajaa. Jokaisella potilaalla on oma omahoitajapari, joka suunnittelee ja koordinoivat potilaan hoitoa sekä toimii läheisessä yhteistyössä potilaan ja hänen omaisten kanssa. (ksshp / keskussairaala / vaativa-osastohoidon yksikkö)

2.3 Hoitotyö vaativan osastohoidon yksikössä

Potilailla on omahoitajapari, joka tutustuu ja perehtyy hänen asioihin sekä hoitoon. Omahoitajapari suunnittelee ja koordinoi potilaansa hoitoa yhdessä lääkärin ja erityistyöntekijöiden, kuten fysioterapeutin, ravitsemussuunnittelijan ja puheterapeutin kanssa. Muita mahdollisia erityistyöntekijöitä ovat psykiatrinen sairaanhoitaja, sairaalapappi, sosiaalihoitaja, jalkahoitaja ja toimintaterapeutti (ksshp / keskussairaala / vaativaosastohoidon yksikkö)

Hoidon tavoitteena on saavuttaa potilaan tila sellaiseksi, että jatkuva valvonta ei ole enää tarpeellista. Tällöin potilas voi siirtyä perussairaudesta vastaavan erikoisalan osastolle, kuntoutusosastolle, perusterveydenhuollon osastolle tai kotiin. Yksikkö on erikoistunut mekaanisesta ventilaatiosta vieroittamiseen. Mikäli todetaan, ettei vieroitus ole enää mahdollista, käynnistetään prosessi hengityshalvauspäätöksen tekemisestä. Hoitoa jatketaan kunnes on varmistettu riittävät resurssit turvallisen hoidon jatkumiselle kotona tai toisessa hoitopaikassa. (ksshp / keskussairaala / vaativaosastohoidon yksikkö)

Vaativan osastohoidon yksikössä potilaalle voidaan joutua suorittamaan kirurgisia hoitotoimia mukaan luettuna suurehkot haavahoidot. Potilaaseen voidaan joutua kajoamaan monin eri tavoin. Potilaalla voi olla muun muassa suonitiet avattuna, kestopatentti, nenä-mahaletku sekä henkitorviavanne. Hoitaja tarkkailee potilaan tilaa monitoreista saaman informaation sekä potilaan omien tuntemuksien mukaan.

Potilaiden ollessa vuodepotilaita, perushoidossa on hyvin tärkeää pyrkiä ehkäisemään lisäongelmia, kuten painehaavoja ja infektioita. Potilaan asentoa tulisi vaihtaa säännöllisesti keuhkon tai sen osan ilmattomuuden välttämiseksi sekä molempien keuhkojen hyvän hapetuksen turvaamiseksi (Iivanainen ym. 2004, 426 - 427.) Vaativan osastohoidon yksikössä potilailla käytetään painehaavoja ehkäiseviä patjoja. Hoitorutiineihin kuuluu myös potilaan asentohoito jota toteutetaan siihen suunnitelluilla välineillä (tuet, asentotyyny...)

2.3.1 Lääkehoito

Vaativan osastohoidon yksikössä hoidetaan monien erikoisalojen potilaita, joten lääkehoito on myös melko laaja-alaista. Tyypillisesti käytettäviä lääkeryhmiä ovat esimerkiksi kipulääkkeet, antibiootit sekä lääkesumuna annettavat lääkkeet.

Suurimmalla osalla potilaista on nenä-mahaletku tai PEG (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma) -letku, jota kautta he saavat tablettilääkkeet liuotettuina. Lääkkeet liuotetaan erikseen pieneen vesimäärään lääkepikariin ja annetaan ruiskulla ravintoletkuun. Lääkkeiden välillä huuhdotaan letkua vedellä tukkeutumisen välttämiseksi. Mahdollisuuksien mukaan käytetään nestemäisiä lääkkeitä. Yksikössä toteutetaan lääke- ja nestehoitoa sekä parenteraalista ravitsemusta perifeeriseen suonikanyyliin sekä keskuslaskimokatetrin kautta. Yksikössä hoidettavilla potilailla voi olla myös epiduraalisia perfuusioita. Useilla potilailla on käytössä inhaloitavia lääkkeitä. Ihon alle injektoitavia lääkkeitä ovat mm. antikoagulanttilääkkeet. Monilla potilailla käytetään peräruiskeina annettavia suolentoimituslääkkeitä. Käytössä on myös erilaisia silmä- ja korvatippoja sekä lääkevoiteita että – laastareita. (Vaativan osastohoidon yksikön lääkehoitosuunnitelma 2010.)

2.3.2 Ravitsemushoito

Hyvällä ravitsemuksella edistetään terveyttä, toimintakykyä sekä elämänlaatua. Sillä ehkäistään sairauksia, turvataan ja edistetään toipumista sekä minimoidaan lisäsairauksien vaaraa. Ravitsemushoito on olennainen osa potilaan hyvää hoitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Hyvä ravitsemushoito on monen erikoisalan yhteistyötä.

Potilaan pystyessä syömään suunkautta, on turvattava turvallinen ruokailu muun muassa ilman aspiraatoriskin vaaraa. Potilaille voidaan tarjota kattavasti erilaisia erikoisryhmille tarkoitettuja diettiruokia. Myös ruoan koostumus valitaan tarpeen mukaan. Tarvittaessa potilaalle tilataan joko normaali, pehmeä, sileä sosemainen, karkea sosemainen tai nestemäinen ruoka. Mikäli potilas ei pysty syömään itse, hoitaja auttaa potilasta.

Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen tai aliravitsemuksen korjaaminen kuuluu hyvään potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon samoin kuin lääkitys ja nestehoito. Hoito toteutetaan ruuansulatuskanavaan letkuruokintana eli enteraalisenä ravitsemuksena tai laskimon sisäisenä, parenteraalisena (kreik. *para*= ulkopuolella, *entera*= suolisto) ravitsemuksena tai näiden yhdistelmänä. (Alahuhta ym. (toim.) 2010, 254.)

Enteraalinen eli suolensisäinen ravitsemus on aina ensisijainen valinta, ellei ole estettä käyttää maha-suolikanavaa. Vähäinenkin enteraalinen ravitsemus tukee suoliston rakennetta ja toimintakyvyn säilymistä sekä ehkäisee bakteerien translokaatiota eli pääsyä suolistosta verenkiertoon. Enteraaliseen ravitsemukseen liittyy vähemmän infektiokomplikaatioita kuin parenteraaliseen ravitsemukseen. Ravitsemus toteutetaan joko mahalaukkuun (nasogastrinen syöttöletku tai perkutaaninen endoskoppinen gastrostomia) tai ohusuoleen asetetun letkun (nasojejonaalinen syöttöletkun, kirurgisen neulakatetrijejunostomia tai perkutaaninen endoskoppinen jejunostomia) avulla. Toteutuneen enteraalisen ravinnon määrää tulee seurata ja mahdollinen vajee tulee korvata parenteraalisesti. (Kaarlola ym. (toim.) 2010, 382.)

Parenteraalinen ravitsemushoito voidaan aloittaa antamalla perifeeriseen laskimoon 5 tai 10 -prosenttisia glukoosiliuoksia, laimeita aminohappoliuoksia ja rasvaemulsioita. Keskuslaskimokatetrin asentaminen tulee useimmiten kysy-

mykseen, jos ravitsemushoitoa täytyy tehostaa tai se pitkittyy. Markkinoilla on useita ravitsemusvalmisteita. Tarvittavat hivenaine- ja vitamiinilisät lisäävät ravintovalmisteisiin erikseen. (Kaarlola ym. (toim.) 2010, 382.)

2.3.3 Kivunhoito

Kivunhoidon tavoitteena on estää kivusta johtuvat fysiologiset ja psyykkiset häiriöt. Lisäksi akuutin kivun hoidon tavoitteena on estää kivun kroonistuminen. Potilas joutuu kokemaan monia epämiellyttäviä, pelottavia, ahdistavia ja kipua tuottavia asioita. Tilannetta voi pahentaa alentunut kommunikointikyky, joka voi johtua sairaudesta tai sedaatiosta. (Kaarlola ym. 2010, 408.)

Kipua voivat aiheuttaa potilaan, sairaus ja/tai siihen liittyvät toimenpiteet esim. eritteiden imeminen hengitysteistä, asentohoito ja pitkittynyt vuodelepo, leikkaushaavat sekä erilaiset dreenit. Kipukokemusta lisää hoitoympäristön melu, yksityisyyden puute, kommunikoinnin vähäisyys, tylsistyminen ja ajanhallinnan puute. Suru tai mahdollinen häpeän tapahtuneesta sekä huoli tulevaisuudesta saattavat pahentaa kipukokemusta. (Kaarlola ym. 2010, 408.)

Onnistunut kivunhoito vaatii hoitohenkilökunnalta kivun tunnistamista, kivun voimakkuuden arviointia ennen kivun lievittämistä ja sen jälkeen sekä haittavaikutusten huomiointia ja hoitoa. Onnistunut kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä. Hoitajat ovat potilaan vierellä vuorokauden ympäri, joten heillä on parhaat mahdollisuudet arvioida potilaan kipua ja kivunhoidon vaikutusta. Onnistunut kivunhoito edellyttää hoitohenkilökunnan päivitettyjä tietoja kivunhoidosta sekä uusimmista menetelmistä ja ajan tasalla olevia ohjeita kivun arvioinnista ja hoidosta. (Kaarlola ym. 2010, 408.)

2.3.4 Potilaan ja omaisten tukeminen

Potilaille aiheutuvia fyysisiä ongelmia ovat muun muassa eri syistä johtuva riittämätön lepo, sairauden ja hoitojen aiheuttamat kivut, epämiellyttävyydet ja liikkumisrajoitukset. Potilaan psyykkisiä terveysongelmia ovat mm. muistamattomuus, ahdistuneisuus, sekavuus, elämänhallinnan puute ja kuoleman pelko. Hoidon aikana potilas joutuu erilleen omasta sosiaalisesta verkostaan. Potilaan sairastuminen muuttaa usein myös sosiaalisia rooli- ja riippuvuussuhteita perheessä ja lähiyhteisössä. (Karlola ym. 2010, 463 - 464.)

Tärkein tehohoitopotilaan odotus on turvallisuuden tunne: potilas voi luottaa, että häntä hoitava henkilökunta käyttää ammattitaitoaan ja osaamistaan parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitoympäristöllä, hoitokäytännöillä sekä potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on yhteyttä potilaan psykosomaattiseen kuormittumiseen, selviytymiseen ja myöhempään elämänlaatuun. Hoitajien kyky ja halu elävään läsnäoloon, havainnointiin, kuuntelemiseen, vaikeidenkin asioiden puheeksi ottamiseen rohkaisevat potilaita ja omaisia kertomaan ja käsittelemään kokemuksiaan ja tunteita. (Karlola ym. 2010, 464 - 465.)

Potilaan omaiset ovat potilaan tukiverkosto. Potilaan sairastuminen vaikuttaa omaisten fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Omaisten rauhallisuus ja luottamus hoitoon välittyy potilaaseen ja päinvastoin. Omaisille tarjotaan sosiaalityöntekijän, heidän uskonollista vakaumusta edustavan henkilön tai kriisityöntekijöiden apua. Tämän lisäksi hoitohenkilöstö, vaativan osastohoidon yksikössä, tarjoaa keskusteluapua mieltä painavissa asioissa. Hoitajan hoitovastuulla työvuorossaan on korkeintaan kaksi potilasta, tämä mahdollistaa sen, että hoitajalla on aikaa ja mahdollisuus olla kokoaikaisesti potilaan ja läheisen lähettyvillä. Omaisille tulee jo tehohoidon aikana kertoa potilaalle ja heille itselleen mahdollisesti tulevista jälkioireista, psykosomaattisista oireista

ja masennuksesta sekä antaa suullisesti ja kirjallisesti yhteystietoja käytettävissä olevista tukipalveluista. (Kaarlola ym. 2010, 468 - 469.)

3. POTILAAN HENKILÖKOHTAINEN TILA

Henkilökohtainen tila on yksityisyyden hallintaa kuvaava käsite. Henkilökohtainen tila määritellään jokaiselle ihmiselle luonteenomaiseksi etäisyydeksi muista ja joka antaa yksilölle turvallisuuden ja varmuuden tunteen. Sitä kuvataan ihmisen ympärillä mukana kulkevana näkymättömänä vyöhykkeen. Siihen tunkeutumista pidetään epämukavana ja yksityisyyttä loukkaavana. (Leino - Kilpi, Hupli, Salanterä 2002, 10.)

Sairastuminen tai sairaalaan joutuminen muuttavat muun muassa ihmisen sosiaalista tilannetta. Mahdollisuudet oman yksityisyyden säätelyyn vähenevät. Yksityisyys ja intymiteettisuoja koetaan puutteellisenä ja uhattuna erityisesti silloin kun joudutaan useamman hengen potilashuoneissa tai tilanteissa, joissa ei ole kykyä tai mahdollisuutta säädellä omaa yksityisyyttään. Yksityisyyden puuttumista sairaalaolosuhteissa voi olla esimerkiksi sellaisten henkilöiden läsnäolo, joiden ei toivoisi olevan läsnä intiimissä tilanteessa, tai ulkopuolisen mahdollisuus tarkkailla ihmistä ilman hänen suostumustaan. Ihmisten välisiin suhteisiin kuuluva inhimillinen uteliaisuus sekä tarve tietää, kuka toinen ihminen on ja mitä hänelle on tapahtunut heikentää potilaan yksityisyyttä. (Tuhkanen 2006.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2§3) säädetään seuraavaa:

"Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan." (www.finlex.fi).

Tämä velvoittaa hoitohenkilökuntaa kunnioittamaan potilaan oikeuksia, itsemääräämisoikeutta, arvokkuutta sekä edistämään potilaan hyvinvointia ja itsemääräämisoikeutta. (Rosqvist 2003, 20; Naukkarinen 2008, 123.)

Potilaan tarve yksityisyyteen on keskeinen käsite jokaiselle hoitotyötä tekeväle ammattilaiselle. Tietoisuus tarpeen olemassaolosta ja sen määrittelystä auttaa hoitohenkilökuntaa tukemaan potilaan yksityisyyttä ja samalla auttaa potilasta säilyttämään identiteettinsä sairaudesta huolimatta. Jokaisella ihmisellä tämä tarve on yksilöllinen. Tarve muuntuu sukupuolen, iän, koulutuksen, terveyden ja elämänkaaren eri vaiheiden mukaan. Ihminen tarvitsee ajoittain yksityisyyttä sekä mahdollisuutta säädellä omaa suhdettaan muihin. (Leino - Kilpi ym. 2002,9.) Sairaanhoidajalla on eettinen, moraalinen sekä laissa säädetty velvollisuus säilyttää potilaan yksityisyyden suoja sairaalahoidon aikana. Hoitotyöntekijän toimii kaikissa tilanteissa potilaan edustajana. (Peltonen & Suominen 2008, 10.)

Riippuen tilanteesta sekä ympärillä olevista ihmisistä koemme eri asiat yksityisinä. Se mikä on yksityistä tai henkilökohtaista vaihtelee kulttuurien välillä, se myös muuttuu kulttuurien sisällä jatkuvasti. (Jantunen ym.1994, 1; Rosqvist & Rosqvist, 1999, 7.) Potilaan tarve yksityisyyteen korostuu sairaalassaoloaikana (Hupli ym. 2002, 3). Potilaan tuntiessa yksityisyytensä uhatuksi hän ei välttämättä pysty ymmärtämään hoitotyöntekijöiltä tai lääkäriltä saamia ohjeistusta. Tämä johtaa helposti epäonnistumisen tunteeseen, jolla saattaa olla yhteys potilastyytyväisyyteen ja jopa toipumiseen. (Leino - Kilpi ym. 2002,10.)

3.1 Henkilökohtaisen tilan neljä ulottuvuutta

Ihmisoikeuksiin sisältyy jokaisen oikeus henkilökohtaiseen tilaan sekä tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun. Nämä ovat liitetty oleellisesti potilaan oikeuteen säilyttää henkilökohtainen tilansa loukkaamattomana sairaalassa. Rosqvistin (2003, 19 - 27) mukaan henkilökohtainen tila on näkymätön raja-vyöhyke ihmisen kehon ympärillä, jolle tunkeutumista pidetään epämukavana ja yksityisyyttä loukkaavana. Etäisyys muihin ihmisiin liittyy olennaisesti henkilökohtaisen tilan käsitteeseen. Tämän etäisyyden säätely on oleellista yksilön fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Henkilökohtainen tila ei välttämättä ole rengasmainen vaan se voi ulottua toisessa suunnassa vaihtelevalle etäisyydelle. Yksilön tarpeet tilaan eivät rajoitu ainoastaan hänen fyysiseen ruumiiseensa vaan esimerkiksi potilaan yksilölliset ominaisuudet, kuten ikä ja sukupuoli, vaikuttavat siihen. Hoitotyötä tekevien omilla ominaisuuksilla on merkitystä potilaan henkilökohtaisen tilan tarpeeseen. Näitä ominaisuuksia ovat esimerkiksi sukupuoli, suhtautuminen potilaaseen sekä ammatillinen käyttäytyminen.

Ennen sairaalaan joutumista ihminen voi säädellä vuorovaikutustilanteiden syntyä esimerkiksi etäisyydellään muihin ihmisiin. Yhdysvaltalaisen antropologin sekä ei-kielellisen viestinnän tutkijan Edward T. Hallin (1966, 113 -125) mukaan fyysinen etäisyys voidaan jakaa neljään eri kategoriaan. Nämä ovat intiimi vyöhyke (0 - 45 cm), henkilökohtainen vyöhyke (45 - 120 cm), sosiaalinen vyöhyke (120 - 360cm) ja julkinen vyöhyke (> 360 cm). Muuttamalla etäisyyttään pois päin yksilö viestii suurempaa yksityisyyden tarvetta.

Henkilökohtaiseen tilaan liittyy vuorovaikutusetäisyyden lisäksi vuorovaikutuksessa olevien henkilöiden sijainti toisiinsa. Esimerkiksi vieraan ihmisen

sijainti sivulla koetaan vähemmän epämiellyttäväksi kuin lähellä olo suoraan edessä tai takana. (Kuuppelomäki & Hentinen 1987, 59; Rosqvist 2003, 15.)

Vuorovaikutustilanteissa omaa henkilökohtaista tilaa pyritään suojaamaan sekä sanallisin että ei-sanallisin viestein. Saavutettu henkilökohtainen tila muotoutuu sen mukaan onnistuuko viestintä vai ei. Jos yksilö saavuttaa henkilökohtaisen tilansa ja se on sama kuin yksilön haluama tila, on ihminen saavuttanut ihanteellisen henkilökohtaisen tilansa tason. Jos tässä epäonnistutaan, jää yksilölle vaihtoehtoina joko alistua tai yrittää suojata optimaalinen henkilökohtainen tila uudelleen sanallisin ja ei-sanallisin viestein. Viestinnän epäonnistuessa saavutettu henkilökohtainen tila on joko liian suuri tai liian pieni suhteessa yksilön tavoitelemaan henkilökohtaisen tilan tasoon. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 13; Rosqvist 2003, 24 - 25.) Henkilökohtainen tila muodostuu neljästä eri tilasta eri aistinelinten mukaan. Nämä tilat ovat taktiilinen, audiitiivinen, visuaalinen ja olfaktorinen tila. (Rosqvist 2003, 19 - 27.)

3.1.1 Taktiilinen tila

Taktiilinen tila on kosketukseen ja tuntoaistiin perustuva henkilökohtaisen tilan alue (Rosqvist 2003, 33). Kosketus on ei-sanallista kommunikaatiota ja osana yksilön luonnollista käyttäytymistä. Koskettajan ja kosketettavan välinen kontakti voidaan tulkita joko positiiviseksi, neutraaliksi tai negatiiviseksi viestiksi. Kosketuksen merkitys vuorovaikutuksen keinona korostuu erityisesti silloin kun potilas ei kykene kommunikoimaan sanallisesti tai on heikentynyt. (Leino - Kilpi ym. 2000, 61.) Kosketus on luonteeltaan intiimiä ja se edellyttää yksilön henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumista. Kun kosketus tapahtuu ihmisen intiimi-vyöhykkeellä (0 -45cm.) koskettaja on niin lähellä, että hänestä on aistittavissa myös haju, vartalon lämpö, ääni sekä hengitys. Eri osiin kohdistuva kehon kosketus koetaan eritavoin. Yleensä kosketus käteen, olkapää-

hän tai selkään ei aiheuta hämmennystä, kun taas kasvoja ja jalkoja tulisi lähestyä hienotunteisemmin. (Isokoski 1996, 3.) Kosketuksella on suuri merkitys hoitotyössä, myös vaativan osastohoidon yksikössä. Lähes jokaiseen hoitoimenpiteeseen sisältyy jonkin asteista kosketusta. Joka kerta koskettaessaan potilasta hoitotyöntekijä tunkeutuu potilaan henkilökohtaiseen tilaan. Ihminen on varannut taktiilisen tilan yleensä intiimeille toiminnoille ja kontakteille, joita hän normaalisti säätelee itse. (Rosqvist 2003, 33 – 34.) Ilman lupaa, yllättäen tai esineellistävä kosketus on ihmiselle epämiellyttävää ja aiheuttaa näin ollen negatiivisia tunteita. Tästä syystä potilasta ei tulisi koskettaa yllättäen vaan siihen pyydetäisiin lupa tai annettaisiin ennakkovalvonta. (Rosqvist 2003, 92.)

Kosketuksella hoitaja voi luoda lyhyessä ajassa kontaktin vakavasti sairaaseen potilaaseen, aina ei tarvita sanoja. Oikeanlainen kosketus viestii potilaalle välittämistä ja tuottaa turvallisuuden tunnetta. (Rosqvist 2003, 33 – 34). Rosqvistin (2003, 33 – 34) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista ei koe kiusallisuutta toimenpiteiden aikana tapahtuvaa hoitotyöntekijän kosketusta tai lähellä oloa. Hoitajan kosketus voi olla hoitotyössä välttämätöntä tai tarpeellista. Yleisesti ihmiset tietävät sairaalassaolon edellyttävän ajoittain välttämätöntä kosketusta ja he ymmärtävät sen tapahtuvan heidän parhaakseen. Tarpeeton kosketus ilmenee hoitotyöntekijän lähellä olona ja välittämisenä. Sitä esiintyy yleensä spontaaneissa tilanteissa, joissa hoitotyöntekijä esimerkiksi pitää potilasta kädestä. (Heino 1995, 3.)

Fyysisen kosketuksen määrittäminen yksiselitteisesti on vaikeaa. Tapa kuinka kosketetaan ja mikä on sen luonne vaikuttavat kosketuksen aistimiseen. Muun muassa nämä tekijät muuttavat kosketuksen moniulotteiseksi. Kosketus mielletään tilanteenmukaiseksi silloin, kun se tehdään jonkin tehtävän vuoksi. Edellisen kaltaista kosketusta voidaan kutsua myös välttämättömäksi,

menetelmälliseksi tai instrumentaaliseksi kosketukseksi. Inhimillinen kosketus on usein tunteellista ja spontaania. Siihen ei välttämättä liity tehtävän suorittamista. Inhimillinen kosketus sisältää empatian ja tunteiden ilmaisemisen, tällaista on esimerkiksi lohduttaminen koskettamalla. Tekninen kosketus on laitteiden ja instrumenttien avulla tapahtuvaa kosketusta. Hoitotyön tekijän kosketus on teknistä esimerkiksi silloin, kun hän koskee potilaan hoitolaitteisiin. Esimerkkinä tästä on hengityskoneen letkustojen koskettaminen varmistaa hengitysilman esteettömän kulun. Tekninen kosketus ei sisällä sosiaalista kanssakäymistä tai inhimillistä kontaktia. (Leino-Kilpi ym. 2000, 61 - 63; Blomster ym. 2001, 59.)

3.1.2 Auditiivinen tila

WHO:n määrittelee melun epätoivottavaksi ja terveydelle haitalliseksi ääneksi. Melu rasittaa potilasta psyykkisesti ja se voi edesauttaa epäonnistuneeseen kanssakäymiseen. Melu vaikuttaa ympäristön viihtyisyyteen heikentävästi ja se onkin yleisimpiä elinympäristön laatuun heikentävästi vaikuttavia tekijöitä. Huomion arvoista on myös se seikka, että kuuloaisti toimii myös unen aikana. (Starck & Teräsvirta 2009, 9 - 11.) Auditiivinen tila on kuuloaistiin perustuva henkilökohtaisen tilan vyöhyke. Yleisesti ajatellen hoitoympäristön hiljaisuus, rauhallisuus sekä häiriöttömyys ovat hoitoympäristön mukavuutta luovia osa-alueita. Vaikka potilaat yleensä pitävät sairaalaympäristöä rauhallisena, voi melua aiheutua esimerkiksi sairaalan laitteista tai hoitohenkilökunnan käyttäytymisestä. (Rosqvist 2003, 35.) Äänen voimakkuus, sen häiritsevyys ja jatkuvuus vaikuttavat äänen kokemiseen. Se, kuinka paljon ääni ketäkin yksilöä häiritsee, riippuu muun muassa kuulijan herkkyydestä, aikaisemmista kokemuksista ja asenteista ääneen. (Starck & Teräsvirta, 2009, 11.)

3.1.3 Visuaalinen tila

Visuaalinen tila muodostuu potilaan aistimista näköärsykkeistä. Sairaalassa potilaalle tulee järjestää mahdollisuus olla yksin, poissa katseilta. Visuaalista tilaa voidaan suojata muun muassa väliverhoin ja sermein. Väliverhot ja sermit estävät hoitohenkilöstön sekä toisten potilaiden tunkeutumisen yksilön visuaaliseen tilaan. Toisaalta ne myös suojelevat potilasta itseään epätoivotuilta visuaalisilta ärsykkeiltä. Rosqvistin tutkimuksen mukaan (2003, 35-41) osa potilaista haluaa nähdä mitä potilashuoneessa tapahtuu eikä siksi halua käyttää väliverhoja. Väliverhot voivat myös estää hoitohenkilökuntaa tarkkailemasta potilasta. Lisäksi näkösuojat voivat olla tiellä hoitotoimenpiteitä suoritettaessa. Visuaalisen tilan loukkaamista on myös silmiin tai muualle kehoon tuijottaminen. Hoitajan katse voi olla joko rankaiseva tai rohkaiseva. On huomioitavaa, että myös väliverhojen sisäpuolella voidaan loukata potilaan visuaalista tilaa. Visuaalisen tilan loukkaaminen ei koeta ahdistavaksi silloin, kun potilas voi halutessaan kääntää katseensa pois ja tällä tavoin välttää katsekontaktia. Mitä useampi hoitotyöntekijä on mukana hoitotilanteessa, sitä helpommin mahdollistuu potilaan visuaalisen tilan loukkaus. (Rosqvist 2003, 35 - 41.) Potilaan henkilökohtainen tila sairaalassa jää usein varsin pieneksi, näin myös vaativan osastohoidon yksikössä. Potilashuoneiden ahtauden vuoksi visuaaliseen tilaan tunkeutuminen on lähes väistämätöntä. Ahtauden tunteen aiheuttaa koettu sekä henkilökohtaisen tilan että ympäristön hallinnan puute. (Kuuppelomäki & Hentinen, 1987, 61.)

3.1.4 Olfaktorinen tila

Limbiseen järjestelmään kuuluva hajualue aivoissa on tunne-elämän keskus. Tästä syystä tietyt hajut saavat aikaan erilaisia tunteita. Tunnetilojen syntyyn vaikuttaa aikaisemmat kokemukset ja elämykset sekä elimistössä sillä hetkellä

vallitseva tila. (Bjålie ym. 1999, 108 - 109.) Olfaktorinen tila muodostuu potilaan aistimista hajuärsykkeistä. Hoitotyön peruseriaatteisiin kuuluu potilaan hengittämän ilman puhtaus ja raikkaus. Hyvän hengitysilman katsotaan olevan osana potilaan hyvinvointia. Usein sairaalassa potilaat joudutaan sijoittamaan varsin lähekkäin. Tästä syystä on mahdollista, että potilaat voivat joutua kärsimään vierustoverista lähtevästä epämiellyttävästä hajusta. Sairaalamailmassa tulisi kiinnittää huomiota myös ylimääräiseen sekä liialliseen hajusteiden käyttöön. (Rosqvist, 2003, 36.)

3.2 Henkilökohtaisen tilan toteutumisen haasteet vaativan osastohoidon yksikössä

Vaativan osastohoidon yksikkö, teho-osaston kaltaisena ympäristönä, voi olla potilaalle sekä psyykkisesti että fyysisesti hyvinkin rasittava. Intensiivisen hoidon toteuttaminen edellyttää valvonta- ja hoitolaitteita. Nämä saattavat olla potilaalle epämiellyttäviä sekä estää vapaan liikkumisen. Hengitysvajauspotilaan hoidossa tarvittavia laitteita ovat muun muassa; valvontamonitrit, infuusiopumput, hengitystä tukevat laite esim. ventilaattori tai Cpap-laite, limaimu sekä tarvittaessa pleuraimu.



Potilaan hoidossa käytettäviä laitteita

Laitteiden oudot äänet, erilaiset hajut, mahdollisesti liian kirkkaat valot sekä koettu yksityisyyden puute ovat lisäämässä potilaan epämukavuutta ja näin ollen kuormittavat potilasta myös psyykkisesti. (Maunu 1996,8). Usein intensiivisessä hoidossa joudutaan tunkeutumaan potilaan henkilökohtaiseen tilaan. Potilas voi tuntea toistuvan tunkeutumisen hänen henkilökohtaiseen tilaansa esineellistämisenä. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 20 - 21.)

Hoitokontakteissa potilas tarvitsee intymiteettisuojaan. Potilaalla on oikeus yksityisyyden kunnioittamiseen ja siihen ettei hänen intymiteettiään loukata enempää kuin hoitotoimenpide edellyttää (Mts. 1999, 24). Potilaan tyytymättömyys saamaansa hoitoon liittyy usein siihen että hoitohenkilökunta ei ota riittävästi huomioon potilaan omaa käsitystä itsestään sekä sairaudestaan (Lehtonen 2001, 200).

Hoitohenkilön esittely parantaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Näin hoitaja voi näin luoda itsestään miellyttävän kuvan. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 14.) Potilaan sanalliset viestintäkeinot saattavat olla rajoittuneet sairaudesta johtuen tai esimerkiksi mekaanisen hengityksen hoidon aikana (Heino 1995, 3). Yleinen käsitys käyttäytymistieteissä on, että jopa 80 % kommunikaatiosta tapahtuu nonverbaalisella tasolla. Ei-sanallisella viestinnällä hoitaja voi ilmaista kiinnostustaan ja sitoutumistaan potilaan hoitoon (Rosqvist & Rosqvist 1999, 24). Potilaan käyttämien ei-sanallisten viestien seuraaminen on hoitotyössä tärkeää. Jos hän ei pysty muuten ilmaisemaan itseään, potilas pyrkii ilmaisemaan nonverbaalisti esimerkiksi pelkoa tai kipua (Rosqvist 2003, 37). Potilaat kokevat tärkeänä sen, että heidän kehoa kosketaan ja hoidetaan kunnioittavasti sekä arvokkaasti. Intensiivisessä hoidossa potilaiden kosketuksen määrä kasvaa sillä kriittisesti sairast potilaat tarvitsevat paljon erilaisia hoitotoimia. Toisinaan intensiiviseen hoitotyöhön kuuluu

myös instrumentein tapahtuvaa kosketusta hoitotoimenpiteen suorittamiseksi. (Leino-Kilpi ym. 2000, 61.)

Jokainen potilas kokee hoitotyöntekijän kosketuksen eri tavalla (Blomster ym., 2001, 59) Kun henkilön verbaalinen viestintä on rajoittunutta, kosketuksen merkitys viestintäkeinona korostuu, (Rosqvist & Rosqvist 1999, 24 - 25). Epämiellyttävä tai kiusallinen kosketus loukkaa potilaan taktiilista tilaa (Rosqvist, 2003, 40 - 41). Hoitohenkilön kosketus voi tukea potilaan fyysisiä toimintoja sekä myös potilasta henkisesti. Jantusen ym. (1994, 34) tutkimuksen mukaan sairaalahoidossa olevista henkilöistä suuri osa mieltää yksityisyyden omaksi tilakseen, missä saa olla suojassa toisten katseilta. Visuaalisen tilan suojaaminen väliverhoja ja sermejä käyttäen koettiin tarpeelliseksi erityisesti hoitotoimenpiteiden aikana. Myös toisille potilaille tehtävien hoitotoimenpiteiden näkeminen koettiin kiusallisena. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 20). Katsekontakti ja sen välttäminen ovat ei-sanallista viestintää, jota potilas käyttää suojataksensa visuaalisen tilansa. Visuaalista tilaa loukataan myös silloin kun potilla ei ole tahtoessaan mahdollista kääntää katsettaan muualle. (Rosqvist 2003, 41 - 42)

Kriittisen sairaan hoidossa melun on eräs merkitsevimmistä aistien toimintaa ärsyttävistä häiriötekijöistä. Suurimpina melun lähteinä koetaan puhelimien pirinä, henkilökunnan puhe sekä hoito- ja valvontalaitteiden toiminta- ja hälytysäänet. (Isokoski 1996, 27.) Vaativan osastohoidon yksikössä hoituhuoneessa kaksi potilas joutuu olemaan lähellä mm. ääniä tuottavia laitteita. Tarpeettoman äänekkäällä käyttäytymisellä henkilökunta osoittaa puutteellista kunnioitusta potilaita kohtaan (Rosqvist & Rosqvist 1999, 20.) Auditiivisen tilan loukkaus tapahtuu silloin kun potilas altistuu toistuvasti häiritseville äänille (Rosqvist 2003, 41). Olfaktorisen tilan loukkaus tapahtuu tilanteissa, joissa potilas joutuu haistamaan epämiellyttäviä hajuja. Tällaista tapahtuu esimer-

kiksi keskustelutilanteessa toisen ihmisen tullessa liian lähelle. Hengittäminen toisen kasvoihin, voimakkaiden hajusteiden käyttö tai tupakan haju loukkaavat myös potilaan olfaktorista tilaa. (Rosqvist 2003, 42.)



Hoituhuone 2, näkynä potilaan silmin



Hoituhuone 2, yleiskuva

4. ARJESTA POTILAAKSI

Hoidon aikana potilas joutuu erilleen omasta sosiaalisesta verkostostaan. Potilaan sairastuminen muuttaa usein myös sosiaalisia rooli- ja riippuvuussuhteita perheessä ja lähiyhteisössä. (Kaarlola ym. 2010, 463 - 464.)

4.1 Holistinen ihmiskäsitys

Ihmiskäsitystä käsitteenä voidaan määritellä eri tavoin tieteenalasta ja tutkijasta riippuen (Peltonen 1979, 39). Hirsjärvi (1982, 1) ja Rauhala (1983, 15) korostavatkin ihmisen kokonaisvaltaisuuden huomioonottamista ihmiskäsitystä määriteltäessä. Muun muassa Nousiainen (1995, 10) näkee holistisen ihmiskäsityksen mielenkiintoisena lähtökohtana juuri ihmistieteellisille tutkimuksille, koska ne poikkitieteellisinä tieteinä pyrkivät ihmisen kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen yksilönä. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen todellistuu neljässä olemassaolon perusmuodossa. Nämä ovat kehoallisuus, tajunnallisuus (psykykkis- henkinen), situationaallisuus ja sielullinen kuolemattomuus. (Rauhala 1990, 35 – 36.)

Kehoallisuus ja tajunnallisuus kuvastavat lähinnä ihmisen olemusta. Kehollisuus käsittää ihmisessä ilmenevät orgaaniset tapahtumat, esim. aineenvaihdunnassa entsyymien toiminta. Orgaaninen elämä on ihmisen kokonaisuuden toimimiselle välttämätöntä, mutta se ei ole sidoksissa ajatteluamme. Tajunnallisuuden ydin on mieli. Tajunnallisuus kattaa inhimillisen kokemuksen kokonaisuuden, johon sisältyvät mm. symbolisaatio, käsitteellisyys, ajattelu, tunteet ja merkityssuhteiden luominen. Tajunnallisuus voidaan jakaa edelleen

psykkiseen ja henkiseen ulottuvuuteen. Psykkinen tarkoittaa alempaa tajunnallisuutta eli kokemuksellisuutta ja henkisyys korkeammanasteista tajunnallisuutta, jossa käsitteellisyys ja tietäminen ilmenevät. (Rauhala 1983, 27, 30; Rauhala 1990, 37 – 38.)

Situationaalisuudella Rauhala (1983, 33; 1990, 40 – 42) tarkoittaa ihmisen kuulumista erilaisiin elämäntilanteisiin. Elämäntilanteet, joihin ihminen on suhteessa, ovat joko ihmisestä riippuvia tai riippumattomia. Situationaalisuudella on vahva yhteys myös kehollisuuteen ja tajunnallisuuteen, koska ne luovat olosuhteet, joissa ihminen elää ja kehittyy. Neljäs ihmisen olemassaolon perusmuoto koskee ihmisen sielullista kuolemattomuutta, joka on sidoksissa uskoon ja toivoon. Rauhala (1990, 36) perustelee kuolemattomuuden osan alueen mukaan ottamista ihmiskäsitykseen sillä, että usko yliluonnolliseen on osa useimpien ihmisten ihmiskäsitystä. Järjen avulla ei voida uskoa yliluonnolliseen, ei siis myöskään kieltää.

Ranskalainen fysio- ja psykoterapeutti Jacques Dropsy tarkastelee ihmisen olemassaoloa myös holistisesti neljän tason avulla. Hän käyttää ikivanhaa vertauskuvaa hevosten (fysiologinen taso) vetämistä vaunuista (fyysinen taso) joiden kyydissä istuu isäntä (eksistentiaalinen taso) ja kuskinpukilla ajuri (psykologinen taso). (Herrala, ym. 2008, 22.)

Vaunut edustavat ihmisen fyysistä tasoa. Tähän tasoon kuluvat lihakset, luusto ja muut anatomiset rakenteet. Fyysinen taso on jossakin tilassa, ja siihen vaikuttaa painovoima. Parhaiten tällaisen fyysisen tason olemassaolo ilmenee, kun tarkastellaan juuri kuollutta ihmistä. Kaikki rakenneosat ovat tallella, mutta elämä puuttuu. Fyysisen tason muuttuminen on hidasta, mistä ovat osoituksena ikivanhojen hautakaivausten luurankolöydökset. Jotta fyysisen

tason rakenteet voisivat elinaikanaan hyvin, niitä pitää kuormittaa riittävästi tarkoituksenmukaisissa asennoissa. (Mts. 2008, 22 - 23.)

Hevonen kuvaa ihmisen fysiologista tasoa, johon kuuluvat erilaiset elintoiminnot, jotka ovat yhteydessä erilaisten nesteiden ja kaasujen kuljetukseen elimistössä (verenkierto, hormonieritys, ruoansulatus ja hengitys). Ihmisellä fysiologiset toiminnot tapahtuvat tietyn sisäisen rytmin mukaisesti (sydämen rytmi, hengitys, aineenvaihdunta, kuukautiskierto), vaikka ihminen nukkuisi. Nukkuva ei vastaa puhutteluun vaan on ikään kuin jossakin muualla. Fysiologisen tason toiminnoillekin pitää vuorotellen antaa räsitusta ja riittävästi palautumisaikaa elintoimintojen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. (Mts. 2008, 23 - 24.)

Ajuri tarkoittaa ihmisen psykologista ja psykososiaalista tasoa. Ajatukset, tunteet, reaktiot, kyky tehdä havaintoja ja arkipäivän askareet kuuluvat tähän tasoon. Psykykkisesti suotuisat olot stimuloivat ihmisen psyykkistä kasvua ja kehitystä. Tarvitaan suotuisat olot (ympäristö ja ihmissuhteet) sekä riittävästi vastoinikäymisiä vahvistamaan ja rakentamaan psyykkisen ja sosiaalisen tason toimintoja. Liian suuren elämän koettelemukset taas uuvuttavat ja johtavat erilaisiin häiriöihin (esim. loppuun palaminen, masennus), jotka heijastavat muillekin tasoille (psykosomaattiset oireilut). Elämässä tarvitaan kuitenkin riittävästi haasteita, joista ponnisteleminen pitää yllä elämisen aktiviteettia mutta jotka eivät altista apatiaan tai fyysisen kunnon heikentymiseen (yksin jääneet vanhukset). Hyvä kontakti omiin tunteisiin helpottaa tunteiden kohtaamista ja ihmissuhteita. (Mts. 2008, 24.)

Neljättä tasoa edustaa vertauskuvassa isäntä. Tämä eksistentiaalinen taso sisältää elämän tarkoituksen kokemisen, elämäkatsomuksen, tietoisuuden itsestään, itsereflektion sekä hengellisen ulottuvuuden. Ihminen kykenee itse-

tietoisuutensa kautta kokemaan elämyksiä, aistimaan aistimuksia. Yksilöllisten, itsessään tapahtuvien kokemusten lisäksi hän ymmärtää, mitä tarkoittaa yhteiskunnan jäsenyys. Suhteessa työhön ihminen on työntekijä, kun taas kotona hän voi olla äiti, isä puoliso, anoppi, lapsi, sisar tai veli. Kun ihmisen kaikki olemassa olevat ja situationaalisuuden lajit ja muodot kootaan yhteen, kahta samanlaista yksilöä ei ole. (Mts. 2008, 22 - 23.)

4.2 Potilaana ihminen

Mediassa nousee aika ajoin keskustelua potilaan esineellistämisestä. Kuitenkin sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Hän kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Sairanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (sairanhoitajaliitto/ sairaanhoitajan eettiset ohjeet.)

Rosqvistin (2003, 23) mukaan usein sairastuminen ja sairaalaan joutuminen ovat uhkia yksilön henkilökohtaiselle tilalle sekä sen säilymiselle. Sopeutuminen potilaan rooliin on toisille helpompaa kuin toisille. Potilaan rooliin kuu-

luu olla toisten nähtävissä ympärivuorokautisesti, kuulla sellaisia ääniä ja asioita, joita ei haluaisi kuulla sekä haistaa erilaisia epämiellyttäviä hajuja. Potilaan rooliin mielletään kuuluvan se, että hän joutuu hyväksymään erilaiset, myös intiimialueille tehtävät, hoitotoimenpiteet, vaikka siihen asti olisikin elämässä selviytynyt kaikesta itsenäisesti. Usein sairaalassa potilaat joutuvat jakamaan huoneensa vieraiden ihmisten kanssa vaikka se tuntuisi heistä ei-toivottavalta.

Rosqvistin (2003,23) mukaan sairaalassa useiden potilaiden henkilökohtainen tila saa näkyvät rajat ja merkityksen, kun erilaiset arkielämään kuulumattomien uusien tilanteiden vuorovaikutussäännöt ohjaavat potilaan ja hoitotyöntekijän välisiä vuorovaikutustilanteita. Osalle potilaista voi olla vaikeaa sopeutua henkilökohtaisen tilan vähenemiseen, eteenkin heille jotka ovat ensimmäistä kertaa sairaalassa. Yksi ainoa epäonnistunut kokemus henkilökohtaisen tilan säilyttämisestä voi muuttaa potilaan kokemukset sairaalassaolosta ja hoitotyöstä negatiivisiksi, vaikka hoitokertoja olisi takana useita,

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Keski-Suomen keskussairaalan vaativan osastohoidon yksikössä olleiden potilaiden kokemuksia yksityisyydestä. Kiinnostuksen kohteena ovat potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä. Potilaiden kokemuksia henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä tutkitaan kuvaamalla henkilökohtaisen tilan säilymisen merkityksellisyyttä sekä säilymiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten potilaat kokevat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan vaativan osastohoidon yksikössä?
2. Millaisilla tekijöillä on yhteyttä potilaan henkilökohtaiseen tilaan ja sen säilymiseen vaativan osastohoidon yksikössä?
3. Onko potilailla mahdollisesti kokemuksia henkilökohtaisen tilansa säilymisen epäonnistumisesta vaativan osastohoidon yksikössä?

6. TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Potilaan kokemuksista intensiivisessä hoidosta on tutkittu Suomessa vähän. Tämän vuoksi valitsin tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimusmenetelmän. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää sekä tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on yleensä pyrkimyksenä paljastaa tai löytää tosiasioita. Laadullisten tutkimusmenetelmien avulla voidaan saada ilmiöstä syvällisempää sekä rikkaampaa tietoa. Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin sellaisten aihealueiden tutkimiseen, joista ei ole entuudestaan paljon tietoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 151 - 152.) Tässä tutkimuksessa selvitetään laadullisen puolistrukturoidun haastattelun avulla, miten potilas kokee hoitajan kokoaikaisen läsnäolon intensiivistä hoitoa tarjoavassa yksikössä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista oli olla potilaana vaativan osastohoidon yksikössä?
2. Mitkä seikat koitte hyviksi tai tärkeiksi Teidän hoitojaksonne aikana?
3. Mitkä asiat eivät olleet hyvin Teidän hoitojaksonne aikana?

Teemahaastattelun puolistrukturoidut kysymykset (**LIITE 2**) selvittävät potilaiden kokemuksia monialaisesti potilaan kokemuksista ollessaan hoidettavana vaativan osastohoidon yksikössä. Teemahaastattelulla pyritään huomioimaan ihmisen tulkinta ja hänen merkityksenantonsa ilmiöstä. Näin ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritäänkin

keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48, 66; Eskola & Suoranta 2000, 86 - 87.)

6.2 Aineiston keruu

Keski-Suomen keskussairaala myönsi tutkimusluvan opinnäytetyölleni 16.12.2010 (LIITE 3). Tutkimusaineisto kerättiin henkilöistä, jotka olivat olleet hoidettavana Keski-Suomen keskussairaalan vaativan osastohoidon yksikössä vähintään 14 vuorokautta ja heidän yksikössä oloajastaan oli kulunut vähintään yksi kuukausi eikä heillä ollut merkittävää kognitiivista ongelmaa. Tämän lisäksi eräänä kriteerinä oli se, ettei haastateltava ole saanut olla, ennen vaativan osastohoidon yksikössä tapahtuvaa hoitoa, pitkäaikaisesti autettavana. Tällä rajauksella pyrin saamaan haastateltavilta autenttista materiaalia juuri kyseisestä hoitajaksosta.

Potilaan saavuttua vaativan osastohoidon yksikköön, ensimmäiset päivät menevät hoitohenkilöstön ja potilaan tutustumiseen sekä hoitokäytänteiden vaikiintumiseen. Hoitajakson alussa potilaan kokemuksiin saattavat vaikuttaa entiset hoitokokemukset, odotukset ja ennakkoluulot. Mielestäni vähintään kahden viikon hoitajakso antaa potilaalle mahdollisimman realistisen käsityksen tarkasteltavasta ilmiöstä. Haastattelijana olen myös haastateltavaa hoitanut henkilö. Tämän vuoksi katsoin vähintään kuukauden ajanjakso hoidon loppumisesta riittäväksi ajaksi, että haastateltavalla ei olisi ns. kiitollisuuden velkaa ja näin ollen taipumusta vastata haastattelijaa miellyttäen.

Trauman tai neurologisen sairauden johdosta potilaille on saattanut kehittyä kognitiivisia ongelmia. Kognitiiviset ongelmat olisivat voineet vaikuttaa haas-

tateltavan kykyyn ymmärtää kysymyksiä tai vastata haluamallaan tavalla, myös keskittymiskyky olisi voinut olla puutteellinen. Nämä olisivat haitanneet haastattelua sekä vaikuttaneet tutkimuksen validiuteen. Tämän vuoksi rajasin kognitiivisesti ongelmaiset pois haastatteluotoksesta.

Loppujen lopuksi kriteerit täyttäviä henkilöitä oli 9 ($N = 9$). Lähetin haastattelupyynnön (**Liite 4**) kuudelle miehelle sekä kolmelle naiselle. Yksikään nainen ei suostunut haastateltavaksi. Neljä miestä vastasi myöntävästi ($n = 4$). Haastateltavat edustivat eri erikoisalojen potilaita. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla henkilöitä tammi- helmikuussa 2011. Haastattelut nauhoitettiin mp3-formaattiin asianomaisen luvalla ja litteroitiin heti haastattelun jälkeen, jotta mahdolliset puutteet tai täydennykset voitiin kirjata nauhoitukseen. Haastateltavilla oli tutkijan yhteystiedot mahdollisten yhteydenottojen varalta. Nauhoitukset sekä litteroidut haastattelut hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

6.3 Käytännön järjestelyt

Haastattelupaikka on optimaalinen silloin, kun kommunikointi on mahdollisimman häiriötöntä. Jos mahdollista, istumajärjestys on hyvä miettiä etukäteen. Haastateltava ei saa istua liian kaukana haastattelijasta. Luottamuksellisuus voi kärsiä, jos etäisyys on liian suuri. (Hirsjärvi, Hurme 2000, 73 – 74, 89 – 91.)

Saatuani kirjeitse myöntyvän vastauksen haastattelun ajankohta sovittiin puhelimitse haastateltavan kanssa. Haastattelut suoritettiin haastateltavien kotona yhtä poikkeusta lukuun ottamatta.

Kirjallisuuden mukaan haastattelu aika saattaa vaihdella suurestikin. Hirsjärven ym. (2000, 74 – 75, 90) mukaan se näyttää johtuvan ensisijaisesti haastattelavasta ja vasta toissijaisesti haastattelijasta. Kirjallisuudessa ennen varsinaista haastattelua olisi syytä keskustella vapaamuotoisesti. Sen tarkoituksena on tutustuttaa haastatteluun osallistujat toisiinsa sekä auttaa luomaan haastattelulle välttämättömän luottamuksellisen ilmapiiri. Koska usein teemahaastattelu on luonteeltaan henkilökohtainen, Hirsjärven ym. (2000, 74 – 75, 90) mukaan ei ole sopivaa lopettaa keskustelua äkkiänsä, vaan esimerkiksi tarjottu kahvihetki on korrektia nauttia yhdessä haastateltavan kanssa.

Myöntyvän vastauksen saatuaani soitin ao. henkilölle ja sovimme käytännön järjestelyt. Tapaaminen haastateltavan kanssa aloitin kertomalla haastateltaville millaisia henkilöitä tutkimukseen on valittu, kenelle tutkimusta tehdään sekä mitä tutkimus koskee. Lisäksi kerroin vaitiolovelvollisuudestani, ja että kaikkia keskusteluissa ilmi tulleita asioita käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Pyysin myös lupaa käyttää tallenninta. Samassa yhteydessä kerroin miten materiaalia hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tällä järjestelyllä halusin turvata potilaan mahdollisuuden säilyttää yksityisyytensä. Tästä jatkoimme vapaamuotoisella keskustelulla, tuolloin nauhoitus oli jo päällä. Haastateltavan ollessa valmis, aloitettiin varsinainen haastattelu. Tässä tutkimuksessa haastattelut kestivät 30 - 45 minuuttia, eikä kahvihetkistäkään kieläydytty.

Haastattelun tallentaminen on olennainen osa teemahaastattelua. Voidakseen nauhoittaa haastattelu on haastateltavalta aina saatava lupa. (Mäkinen 2006: 94.) Haastattelijan on kerrottava tutkittaville, miksi haastattelu tallennetaan, mihin tallennuksia tullaan käyttämään sekä miten niitä säilytetään ja miten ne hävitetään, kun niitä ei enää tarvita (Oliver 2004: 45.) Haastateltavat unohta-

vat tallentimen olemassaolon varsin pian, vaikka he tilanteen alussa sitä jännittäisivät. Haastattelun tallentamisella on tarkoitus dokumentoida autenttinen keskustelu. Haastateltavan sanatarkka puhe ja äänenkäyttö sekä myös mahdolliset tunnelataukset on mahdollista tarkastaa tallenteesta. Haastattelijan on osattava teema-alueet ulkoa sillä se mahdollistaa haastattelutilanteen muodostumisen mahdollisimman luontevaksi. (Hirsjärvi, Hurme 2000, 92.)

Saatuani luvan nauhoitukseen haastattelut nauhoitettiin mp3 -laitteella sen pienuuden ja huomiota herättämättömyyden vuoksi. Tallentimen käyttäminen mahdollisti vastauksen kuuntelemisen tarvittaessa useaan kertaan.

6.4 Roolini haastattelutilanteessa

Hyvä haastattelijatuntee aihepiirinsä ja tietää mihin hän haastattelussa pyrkii. Hän esittää haastateltavalle selviä ja yksinkertaisia kysymyksiä. Hänen tulee myös kyetä havainnoimaan sekä itsensä että haastateltavan verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä. Haastattelijan tulee siis tiedostaa oman käyttäytymisensä vaikutus haastattelun kulkuun. Kyky tulla toimeen erilaisten persoonien kanssa on haastattelijalle eduksi. (Hirsjärvi, Hurme 2000, 68 – 69.)

Vaikka tutkija voi joutua kohtaamaan voimakkaita tunteita tai mielipiteitä haastateltavien taholta, on hänen pysyttävä neutraalina haastattelutilanteessa. Haastattelutilanteessa tutkija ei voi ilmaista avoimesti omia mielipiteitään eikä tunteitaan, koska niin tapahtuessa riskinä saattaa olla tutkimuksen keskeytyminen. (Kuula 2006, 154 – 155.)

Haastattelijan tulee varoa käyttämästä haastattelussa liian ohjaavia kysymyksiä, koska se voi ohjata vastausten painopisteen tutkittavan omista ajatuksista tutkijan omiin ajatuksiin. Laadullisessa tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu nimenomaan tutkittavaan ja hänen kokemuksiinsa. (Kylmä, Juvakka 2007, 93.)

Haastattelijana minun oli muistettava, että olen hoitanut haastateltavaa hänen ollessa hoitajaksolla vaativan osastohoidon yksikössä. Näin ollen minun tuli pyrkiä erityiseen neutraaliuteen asettaessani kysymyksiä sekä johdatellessani keskustelua valitsemieni tutkimuskysymysten ympärille. Haastattelun aikana minun piti tarkkailla omia äänenpainatuksia, jotta haastateltava ei olisi oletta-
nut minun odottavan tietynlaista vastausta. Haastattelut saatiin kuitenkin tehtyä suhteellisen välittömässä ilmapiirissä. Haastatteluja jälkikäteen kuunnellessani en huomannut toiminnassani johdattelevuutta.

Haastattelun läpiviennistä teki haastavan muun muassa se seikka, etten todennäköisesti esittäytynyt haastateltaville pelkästään opinnäytettä tekevänä haastattelijana, vaan myös vaativan osastohoidon yksikössä toimineena sairaanhoitajana. Haastattelujen aikana minun tuli tiedostaa roolini hyvin tarkkaan. Ajoittain haastateltavilta saadut vastaukset olivat hyvin lyhyitä ja niihin jouduttiin palaamaan toistamiseen. Tuolloin täytyi tarkkaan valita sanat, joilla palattiin haluttuun ilmiöön, jottei haastateltava saanut sellaista käsitystä, että haastattelija johdattelee haluamaansa vastaukseen. Haastattelun aikana pyrin siihen, että kommenttini eivät olisi vaikuttaneet saatuihin vastauksiin. Mielestäni onnistuin tässä.

6.5 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Puolistrukturoidulle haastattelulle on ominaista se, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, muttei kuitenkaan kaikkia. Teemahaastattelussa haastattelu keskittyy tiettyyn aihepiiriin. Haastattelu kohdennetaan tutkittavien henkilöiden omiin, subjektiivisiin, kokemuksiin. Teemahaastattelulla voidaan selvittää yksilön ajatuksia, kokemuksia, tunteita sekä myös hänen sanantonta kokemustietoa. Teemahaastattelussa korostuu haastateltavien subjektiivinen elämysmaailma. Teemahaastattelulla on tarkoitus tuoda tutkittavien ääni kuuluviin. Teemahaastattelu voi olla joko laadullinen tai määrällinen. (Hirsjärvi, Hurme 2000, 47 – 48.) Haastattelun avulla saatu tieto on sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Kvalitatiivisessä haastattelussa korostuvat haastateltavien kokemukset tutkittavasta tilanteesta sekä kyky ja halukkuus keskustella aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 79 – 80.)

Tarkasteltaessa tunteellisesti herkkiä asioita tai kysymyksiä, joista haastateltavat eivät ole niin tietoisia, on suositeltavaa käyttää teemahaastattelua. Teemahaastattelulla voidaan tuottaa arvokasta tietoa myös sellaisista asioista, joista tutkittava ei ole tottunut puhumaan päivittäin, esimerkiksi aatteistaan, aikomuksistaan tai arvoistaan. (Åstedt - Kurki & Heikkinen ym. 1994, 420.)

6.6 Haastatteluaineiston litterointi ja analyysi

Koska tutkittava ilmiö on uusi ja vähän tutkittu, haastattelut litteroitiin sanasta sanaan. Uutta ilmiötä tutkittaessa on mahdollista, että haastattelussa nou-

see esiin sellaisia asioita, joita tutkimuksessa ei ole osattu ottaa huomioon.

Litteroin tarkasti haastateltavan käyttämät tauot sekä jos haastateltava selvästi empi tai ei ymmärtänyt kysymystä, koska ne saattoivat olla merkityksellisiä asioita aineiston analysoinnissa ja tulosten luotettavuudessa. Kirjasin litteroituun tekstiin myös haastattelun häiriötekijät, koska ne sekoittivat keskustelua ja mahdollisesti vaikuttivat aineiston luotettavuuteen. Litteroitua tekstiä syntyi yhteensä 18 sivua.

Analysoin haastatteluissa saamani aineiston aineistolähtöisellä sisältöanalyysillä, jossa pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Metsämuurosen (2005, 213 – 214.) mukaan aineistolähtöinen analyysin antaa aineiston itsensä kertoa, mitä se pitää sisällään, ja muodostaa sen pohjalta teoria.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtäviin yhdistelemällä käsitteitä. Tämä analyysimuoto perustuu päättelyyn ja tulkitaan, jossa edetään aina empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta kohteesta. (Tuomi ym. 2009, 112.) Luin aineiston läpi useaan kertaan muodostaakseni käsityksen haastatteluista. Sisällönanalyysissä kirjasin aluksi tekstistä vain oleelliset asiat. Tämän jälkeen tein sisällöstä pelkistettyjä ilmauksia, jotka listasin. Näistä pelkistetyistä ilmauksista etsin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Vertasin listattuja ilmauksia toisiinsa ja tein samoista ilmauksista uusia ryhmiä, eli muodostin pelkistetyistä ilmauksista ala-luokkia, joista jatkoin jaottelua yläluokkiin. Tästä materiaalin jaottelusta syntyi kokoavia käsitteitä, joista syntyi lopuksi pääluokkia (**LIITE 5**). (Tuomi ym. 2009, 109.) Tämän jälkeen muodostin aineiston analyysistä käsitekartan (**LIITE 6**), jonka perusteella kirjoitin tutkimustulokset ja johtopäätökset.

Tutkittavan ilmiön uutuuden vuoksi en verrannut aineistoa analysoidessani haastateltavien kokemuksia mihinkään valmiiseen teoriaan vaan pyrin tarkastelemaan niitä objektiivisesti ja vertaamaan haastatteluista saatua materiaalia lähinnä tutkimuskysymyksiin. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analysoinnissa päättely etenee yksittäistapauksista aina yleiseen. Päättelyssä pyritään tekemään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka sitten yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä ym. 2007, 22 – 23.)

7. TUTKIMUSTULOKSET

Haastateltavista (n=4) kaikki (100 %) olivat miehiä. Haastateltavat edustivat iältään aikuisväestöä (25 - 75 vuotta). Haastateltavien hoidettavat sairaudet jakautuivat kirurgisiin, neurologisiin, keuhkosairauksien sekä muiden erikoisalojen sairauksiin. Otanta kuvaa hyvin vaativan osastohoidon yksikössä hoidettavia potilaita sekä heidän sairauksiensa jakaumaa. **(LIITE 1 2/2)**

7.1 Henkilökohtaista tilaa määrittävät tekijät

Potilaan yksityisyyden turvaaminen jatkuvaa monitorointia ja tarkkailua suoritavassa yksikössä on haaste. Hoitotyössä potilas joutuu ajoittain tilanteisiin jolloin hänen kehoa joudutaan paljastamaan ja jopa kajoamaan hänen kehollisuuteen, esimerkiksi katetroitaessa. Tutkimusaineiston perusteella voidaan sanoa, että potilas sopeutuu ajan kuluessa kyseisiin tapahtumiin. Tottumista kuvaa eräs haastateltava näin:

Jotenkin tuo alakroppa on arkistunut, että se on nyt sama kuin tuo peukalo tai kyynärpää.

Riittävä kehon suojaaminen ulkopuolisilta katseilta sekä potilasta kunnioittava käytös helpottaa tilanteisiin tottumista. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös sitä että potilaalle kerrottiin mitä aiottiin tehdä. Haastateltavien mielestä, kehollisuutta suojattiin riittävästi vaativan osastohoidon yksikössä.

K: Kun hoitotoimissa jouduttiin paljastamaan kehoa niin suojattiinko mielestäsi kehoasi tarpeeksi ulkopuolisten katseilta?

V: Ihan tarpeeksi. Ei mua... en mä missään vaiheessa kokenut etteikö sitä olisi suojattu tarpeeksi...

K: Millä tavoin yksityisyyttäsi suojattiin?

V: No tarpeen tullen huoneesta poistettiin ylimääräinen väki, ja verhoilla ja sillai, että musta se oli ihan riittävä.

K: Olisitko kaivannut enemmän yksityisyyttä?

V: En

Vaativan osastohoidon yksikössä potilaspaikkoja ympäröi potilaan suojaksi vedettävät kangasverhot. Verhoja käytetään hoitotoimien aikana sekä omaisten vierailujen aikana.

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että verhoilla saatiin luotua riittävä yksityisyyden alue. Aineiston mukaan verhoja käytettiin riittävästi suojaamaan potilaan yksityisyyttä. Erään haastateltavan mielestä verhoja käytettiin jopa liikaakin.

K: Sanoit, että siellä oli verhot, käytettiinkö niitä suojana mielestäsi tarpeeksi?

V: Käytettiin, ja välillä tuntui jopa, että sai sanoa niin päin että antakaa vaan olla auki ettei tunne olevansa pussissa.

Haastateltavien mielestä heille tarjottiin yksityisyyttä riittävästi. Haastateltavat saivat olla rauhassa näin tahtoessaan. Puhelinrauha turvattiin esimerkiksi toiseen huoneeseen poistumalla, jos tilanne sen salli. Samoin toimittiin läheisten kanssa. Hoitohenkilökunta saikin kiitosta siitä herkkyydestä ja huomauttavaisuudesta, jota he osoittivat tarjotessaan mahdollisuutta kahdenkeskiseen oloon.

K: Miten sä koit sen tilanteen kun hoitaja on siinä koko ajan vieressä?

V: No...siis mullehan annettiin rauha aina kun mulla oli joku kaveri tai tyttöystävä tai joku käymässä. Et ei se mua haitannut. Sen aikaa mitä se siinä oli, se oli ihan hyvä et se oli siinä.

K: Ei tullut sellaista tuijottamisen tunnetta?

V: Ei ei, ei tullut, tosissaan annettiin olla rauha. Muistaakseni sinäkin lähdit monta kertaa siitä ja menit sinne toiselle puolelle. Sai olla rauhassa, jutustella.

7.2 Päätöksentekoon vaikuttavat seikat

Potilaan ”äänen” kuuluville saaminen on olennainen osa hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa.

Aineiston perusteella potilaat tulivat kuuluiksi henkilökohtaisissa asioissaan riittävästi. Haastateltavat pitivät hyvänä sitä tahtotilaa millä potilaan tarpeisiin reagoitiin. Välitön lääkkeen saanti, asennonvaihto tai puhelinsoitto vastaavalle lääkärille sai potilaan tuntemaan, että heistä välitettiin. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että tulivat ymmärretyiksi kokonaisvaltaisesti. Heidän mielipiteitään kuunneltiin ja otettiin huomioon päätöksenteossa riittävästi.

K: Mitä hyviä puolia koit hoitojakson aikana?

V: Mun mielestä ainakin se, että hoitajilla oli kova halu ja yritys auttaa... välillä tuntu, että ei nyt ihan koko ajan tarvii tuputtaa, en nyt tarkoita tuputtamisella huonona. Mutta tavallaan että yritti kyllä varmasti kaikki keinot ja tavat millä olisi mahdollista edes auttaa... Eihän sitä tava-osastolla saa sellaista... siellä sitä ollaan yks miljoonasta enemmänkin.

Haastateltavien mielestä omaisia informoitiin riittävästi sekä sen hetkisestä potilaan tilasta että jatkosuunnitelmista. Aineiston mukaan omaiset saivat olla riittävästi mukana yhteistyössä. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että riittävästi informoitu omainen oli tukena heidän omassa päätöksenteossa.

Kuusi kirjainta, KIITOS. Minä olen vaikeassa elämänvaiheessa ollut siellä, ja olen saanut tukea ja mennyt aikamoisen putken läpi. En tarkoita nyt muuta kuin tätä minun omaa sairauttani ja se miten tällä hetkellä tuota aika jaksoa

muistan ja tunnistan, niin se tuntuu hyvältä. Minulla on ollut tässä muutamia kokemuksia, tosin lyhyitä muualla kuin teillä jotka eivät ole samalta planeetalta, tämä oli kokemus. Vaativan hoidon osasto ja te jotka siellä työskentelette, olette vahvistaneet sitä minun omaa pyrkimystäni säilyttää, näinkin vaikeasta sairaudesta huolimatta, oman identiteettini ja oman itsenäisyyden. Se on tosi tärkeätä. Siihen vielä kun lisää myöskin sen että vaimoni on saanut... omaan elämäänsä myöskin, silloin kun on ollut tarvis, tukea teiltäkin. Hän on saanut myös teiltä inhimillistä tukea ja siitä hän on kiitollinen.

Aineiston perusteella voidaan sanoa, että potilaiden informaation tarve on yksilöllistä. Sairauden alkuvaiheessa pahinta on epätietoisuus. Jopa se missä on ja mitä on tapahtunut saattaa aiheuttaa pelkotiloja, joita eräs haastateltava kertoo kokeneensa havahduttuaan todellisuuteen vaativan osastohoidon yksikössä.

Se tuntui pelottavalta. Tietenkin mun kohalla se oli vähän sitä kun rupes se äly palaamaan siellä vasta päähän, eikä oikein tiennyt, että missä mä oon, minkä takia mä oon, mitä helvettiä tapahtuu, ja sillä lailla. Mutta kun se siitä lähti aukeamaan ja juttelin niitten lääkäreitten kanssa niin kyllä se sitten rupes helpottaakki.

Pääsääntöisesti haastateltavat pitivät itselleen sekä heidän omaisille tarjottua informaatiota riittävänä.

Omia hoitotoimia koskevaa päätöksentekoa pidettiin vaikeana. Osa haastateltavista olisi halunnut siirtää päätöksenteon kokonaan hoitohenkilökunnalle, toiset epäilivät omien tietojen riittävän oikeaan päätökseen.

No en mä tiiä onko mun mielipiteellä enää tommosessa tilanteessa mitään merkitystä. Kyllä siinä on kuitenkin niin paljon viisaampia ihmisiä mun ympärillä päättämässä niitä asioita, että tota...ei siinä oo, en mä...mä en siihen päätöksen tekoon tai siis siihen mä en halua oikeestaan puuttua millään lailla.

Semmonen asia josta olen pitänyt tiukasti kiinni, olin sitten siellä tai täällä kotona, että minun subjektiivani ei vahingoiteta, ei puhuta ylitse, ei tehdä päätöksiä minun kuulematta, niin paljon kuin mahdollista... Minä koin siellä vaativalla osastolla, että tulin kuulluksi ymmärretyksi, ja mikä sitten vielä

semmonen erityisasia että minähän olen pyrkinyt itse myötävaikuttamaan siihen että myöskin että vaimo on kaikessa mukana. Ja eilen juttelimme ja hän sanoi että se oli tosi hyvää että hän saattoi siellä myöskin keskustella, kysellä ja tuoda omaa ajatustaan esille. Ja niinpä minä itse olen kokenut että minä olen tullut hyvin kokonaisvaltaisesti ymmärretyksi.

7.3 Vuorovaikutuksen haasteellisuus

Vuorovaikutus on olennainen osa hoitotyötä. Jatkuva tarkkailua suorittavassa yksikössä potilas ja hoitohenkilökunta ovat alati vuorovaikutus suhteessa. Sen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat monet erilaiset seikat.

Potilaan tarkkailu vaativan osastohoidon yksikössä on kokoaikaista potilaan voinnin tarkkailua. Potilaan vointia tarkkaillaan sekä monitoroiden, auskultoiden, palpoiden että potilaalta itseltään kysymällä.

Osa haastateltavista koki kyselyn ajoittain häiritseväenä. Haastateltaville oli tullut tunne, että hoitohenkilöstö utelee. Eräs haastateltava selittää edellä mainittua tilannetta

Jos jatkuvasti kysellään miten voit, miten voit... vaikka päällepäin näkee että hyvinhän tuo mies voi.

Hoitaja toimii hoitotilanteessa omana persoonana, osalle haastateltavista ajoittain hoitotoimet näyttäytyi lässyttämisenä ja paapomisena. Persoonallisuus näkyy myös potilaiden käyttäytymisessä, esimerkiksi ”valitessaan pienimmän riesan tien”. Haastateltavat kertoivat toisinaan tehneensä joitain asioita vain hoitajan mieliksi, esimerkiksi ottaneensa kipulääkkeen vaikka tiesi ettei se auttaisi.

V: Kyllä kai siinä oikeesti hoitajalla on halu vaan auttaa... tavallaan kun siinä ite näki että monta kertaa samaa lääkettä ottanut, ja se ei auta. Niin se tuntuu niin turhalta ottaa kun jo tiesi että... no popsitaan nyt sitten.

K: Olit vieraskorea?

V: Niin tavallaan hoitajan mieliksi.

Haastateltavien mielestä hoitajan kokoaikainen läsnäolo ei ollut kuitenkaan häiritsevää. Hoitajan ympärivuorokautinen läsnäolo koettiin hyväksi. Haastateltavat pitivät hyvänä sitä, että apu oli lähellä ja sen sai heti. Vuodepotilaana olleet haastateltavat kokivat hoitajan läsnäolon turvallisuutta tuottavaksi tekijäksi. Samalla haastateltavat eivät kokeneet yksinäisyyttä kun huoneessa oli aina joku. Hoitajien välitön suhtautuminen potilaisiin ja jutustelu sai haastateltavat tuntemaan kuuluvansa tähän yhteisöön. Yhteisöllisyyttä pidettiin merkittävänä osana hyvää hoitoa.

No tota...semmone asia mikä mulle on jäänyt mieleen ett kun puhutaan niitä näitä hoitajien kanssa, ett pidetään niinku...tavallaan jutellaan...että ylipää-tään jutellaan jotain, niin se on hyvä. Puhutaan niin sanotusti paskaa, niin se on hyvä. Se auttaa hirveesti tota tutustumaan siihen toiseen ihmiseen, siihen vieraaseen hoitajaan. Sä et enää tunne itseäsi enää niin ulkopuoliseksi kun sä oot päässyt vähän juttelemaan .

Hoitajan sukupuolella ei ollut merkitystä vuorovaikutustilanteessa. Osa haastateltavista piti mieshoitajien läsnäoloa hyvänä, lähinnä ilmapirin luoja.

"Siitä olen tosi kiitollinen ja iloinen, että siellä oli myös teitä miehiä. Se luo siihen semmoisen tasaisen työskentelyilmapiirin."

7.4 Hoitokulttuuriin vaikuttavat tekijät

Yhteisön hoitokulttuuriin vaikuttavat yksikössä vallitsevat arvot, asenteet ja toiminta. Näitä on syytä jatkuvasti arvioida, jotta pystyttäisiin reagoimaan muuttuviin tarpeisiin.

Aineiston mukaan vaativan osastohoidon yksikössä vallitsee elämää kunnioittava, holistinen ihmiskuva. Se ilmenee ihmisen ainutkertaisuutta kunnioittavana kokonaisvaltaisena hoitona. Haastateltavat pitivät arvossa sitä, että hoitaja on hoitotyössään läsnä ihmisenä.

K: Minkälaisia arvoja sä nostasit siitä vaativan osastohoidon yksikön toiminnasta, mitä kannattaisi säilyttää?

V: No, kyllä se ensimmäinen ja keskeinen on se että ... ihmisarvon kokonaisvaltainen olo, että ihmisarvo tarkoittaa siis sitä että jokainen meistä on tärkeä ja merkittävää, hänen elämänsä on ainutkertainen ja ... sitä on vaikea hyvin pitkälle konkretisoida mutta ... ymmärrät varmasti, että se sitten myöskin sivuaa myöskin että kokonaisvaltaista ...ihmiskäsitystä jossa jokainen ihmisen elämän oli se sitten fyysisen tai henkinen tai sosiaalinen puoli niin ne ovat tärkeitä, tällainen holistinen ihmiskuva.

K: Koetko että tällainen holistinen ihmiskuva olis vallalla vaativan osastohoidon yksikössä?

V: Kyllä, kyllä....

K: Onkos muuta?

V: No ... Kyllä tietenkin myös se arvo että työskennellään yhdessä... yhdessä potilaan, yhdessä työtoverien kanssa ja ... semmoinen ... miten sen sanoisi ammatti... no ammatillisuus on yksi. Se että työntekijä kunnioittaa ja pitää siitä osaamistaan arvossa. Se myöskin sitten heijastuu potilaaseen hyvin helposti. Tulee semmoinen epävarma olo että kukahan toi on, mitähän se osaa tai miten se toimii. Tällainen vuorovaikutuksellisuus on tosi tärkeä.

Haastateltavat kokivat tulleen ymmärretyksi kokonaisvaltaisesti. Tämä ilmeni muun muassa potilaan ehdoilla tapahtuvassa hoidossa. Haastateltavat kokivat saaneensa hyvää kohtelua koko hoitojakson ajan. Myös huumorin kyllästävä ilmapiiri sai kiitosta haastateltavilta.

Siellä on semmonen hyvin luonnollinen vuorovaikutus, henkilökunnan ja meidän potilaiden kesken. Ja ... ymmärrän myöskin että teillä työntekijöillä on semmoinen mukava humoristinen tai huumorin ylläpitämä tai kyllästävä työskentely keskenänne...

Haastateltavat kokivat, että hoitohenkilökunnalla oli selkeä halu auttaa. Se ilmeni muun muassa nopeana reagointina potilaan vaihtuviin tarpeisiin. Yksilöllinen hoito oli mahdollista, koska sekä potilas että hoitohenkilökunta työskentelivät yhdessä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Haastateltavat kokivat ensiarvoisen tärkeänä sen, että kuntoutus alkoi heti kun potilaan voimavarat antoivat siihen mahdollisuuden. Yksikön vieressä sijaitseva patio, jonne potilaat omaistensa tai hoitajan seurassa saivat mennä, sai myös kovasti kiitosta.

Se yksilöllinen hoito, se oli hyvä. Siinä oli tietynlaiset ne pienet kannustimet, kun ruvettiin kävelemään...esimerkiksi. Ja se parveke mikä siinä oli tai terassi siinähan oli tosi hyvä mukava käydä.

Haastateltavien muistot kuvaavat hyvin vaativan osastohoidon yksikön hoitokulttuurin vaikutusta potilaisiin. Haastateltavilla oli enimmäkseen hyviä muistoja hoitojaksoltaan. Keskeisimmäksi nousivat muistot lämpimästä vastaanotosta ja arkisesta olostä. Haastateltavat arvostivat sitä, että omaiset huomioitiin riittävästi. Eräs haastateltava kiteyttää aikansa vaativan osastohoidon yksikössä sanoihin:

Hyvä oli olla.

7.5 Fyysinen ympäristö

Fyysinen ympäristö vaikuttaa osaltaan siihen miten ja millaista hoitoa voidaan tarjota. Vaativan osastohoidon yksikkö on pieni yksikkö, jossa lähes kaikki on käden ulottuvilla.

Haastateltavat korostivat äänen voimakkuuden arvioimista keskustelutilanteessa, etenkin raportoitaessa. Ajoittain potilaat kuulivat sellaisia asioita, joita he eivät olisi halunneet kuulla. Varsinkin hoituhuone 2:n päivittäisestä toiminnasta syntyvä hälinä häiritsi potilaita. Yölliset äänet häiritsivät herkkäunia potilaita. Sekavien potilaiden kovaäänisyys häiritsi haastateltavia.

*No tota... kaiken rehellisyyden nimissä siihen ääni eristykseen olis voinut panna pikkuksen enemmän kun sehän siellähän oli se eräs henkilö joka oli hie-
man hankalampi potilas siellä minun kanssa samaan aikaan... sehän oli aika
kovaääninen. Niin se joskus otti aivoon se möly siinä.*

Aineiston mukaan hoitojakson aikana ilmeni sekä sopeutumista että tottumista esim. kehon paljastamiseen. Haastateltavat kokivat, että heidät suojattiin ulkopuolisilta katseilta riittävästi, eikä heidänkään tarvinnut nähdä sellaista mitä eivät halunneet. Yölliset valot, joita hoitotoimissa tarvitaan, häiritsi herkkäunisia. Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat oman koskemattomuuden säilyneen hyvin.

Haastateltavat toivoivat, että ympäristö olisi ollut rauhallisempi. Varsinkin hoituhuoneessa 2 olleet haastateltavat pitivät ajoittaista hälinää merkittävänä riskinä heidän henkilökohtaisen tilan loukkaamattomuudelle.

*Se fyysinen tila on tietenkin reunaehtoja tuova. Mutta minusta tuntuu, nämä
muutamat kerrat kun olen siellä lyhyen jakson ollu, ...niin jotenkin kuljetaan*

sillä rajalla, että onko se teidän toimistonne tai miksi sitä sanoisi kun siellä on niin paljon näitä tietokonesysteemejä ja puhelimia ja pöytiä ynnä muita... niin pitäisi tosi tarkasti pyrkiä siihen, että ne eivät täytä sitä tilaa, vaan että nyt sanon meillä potilailla olisi sekä fyysistä että henkistä tilaa riittävästi. Ja nyt siinä ollaan menty melkein jo sen yli että näin kärjistäen että me potilaan olemme jotenkin vähän ylimääräisiä siellä.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen validiteetti sekä reliabiliteetti

Tämän tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat potilaiden kokemukset henkilökohtaisen tilan säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä. Haastattelun heikkoutena voidaan pitää, että teemahaastattelulla saatu tieto on vain haastateltavien näkökulmasta ja ainoastaan heidän näkemyksensä.

Haastateltaviksi valittuihin henkilöihin oltiin yhteydessä kirjeitse, jossa heille ilmoitettiin mahdollisuus osallistua haastatteluun. Samalla heiltä pyydettiin sekä allekirjoituksella vahvistettu suostumus että puhelinnumero. Kirjeitse lähestyminen valittiin siksi, että haastattelupyynnön saanut ei kokisi itseään painostuksen alaiseksi. Puhelinnumeron luovuttaessaan haastateltava antoi luvan haastattelijalle lähestyä henkilökohtaisesti.

Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, että haastattelija toimi sairaanhoitajana samassa yksikössä, jossa haastateltavat olivat olleet potilaina. Tuolloin on mahdollista, että haastateltavat eivät ilmaise itseään täysin estoitta. Kiitollisuuden velka, halu miellyttää tai muut tekijät voivat vääristää haastateltavien kertomuksia. Haastateltavat valittiin henkilöistä, jotka olivat kotiutuneet vähintään kuukausi ennen haastattelua, jotta heidän kokemuksensa tutkittavaan ilmiöön olisi mahdollisimman objektiivisia, eikä tunnesiteitä haastattelijaan enää olisi.

Opinnäytteen luotettavuutta voi heikentää se seikka, että haastateltavat on valittu sopivuuteen perustuvan, harkinnanvaraisen otoksen avulla. Tämä järjestely saattaa vaikuttaa siihen, että vain tietyn tyyppiset potilaat ovat suostuneet haastatteluun. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli, että potilas oli ollut vaativan osastohoidon yksikössä hoidettavana 14 vuorokautta tai enemmän sekä ettei hän ole ollut ns. *pitkääaikaishoidettava*. Tällä haluttiin varmistaa, ettei potilaalla olisi aiempia kokemuksia autettavana olost, jotta haastattelun vastaukset perustuisivat juuri tämän hoitojakson kokemuksiin. Lyhyempi hoitoaika voi antaa tarkasteltavasta ilmiöstä väärän, yksittäistä hetkeä kuvaavan, mielikuvan.

Latvala ym. (2003, 36) mukaan sisällytöanalyysin luotettavuuteen vaikuttaa tutkija itse, aineiston laatu sekä millä tavalla aineisto esitetään. Tulosten luotettavuutta pyrin vahvistamaan siten, että tutkimustulososiota täydennettiin autenttisilla lauseilla. Sisällytöanalyysin haasteena pidetään myös sitä, miten hyvin tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Latvala, Vanhanen, Nuutinen 2003, 36.)

Luotettavuutta lisää myös se seikka, että aineistosta syntynyt käsitekartta on julkisesti luettavissa liiteosiossa, josta jokainen voi tarkastaa tutkimustuloksiin johtaneen logiikan.

8.2 Tutkimusetiikka

Opinnäytetyössäni noudatin hyvää tutkimusetiikkaa ja yleisiä tutkimuseettisiä lähtökohtia. Koska tutkimuksessani selvitettiin potilaiden kokemuksia

hoidosta, anoin tutkimusluvan ylihoitajalta, joka selvitti tarvitsiko opinnäytetyöni eettisen toimikunnan lupaa, eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Ennen haastattelutilaisuuden alkua selvitin haastateltaville kuinka pidän heidät anonyymeinä sekä samalla pyysin luvan haastattelun nauhoittamiseen. Selvitin haastateltaville litteroivani haastattelut siten, että en mainitse haastateltavan nimeä missään vaiheessa. Kerroin koodaavani haastateltavat, jotta he pysyvät tuntemattomina. Samalla kerroin että vaativan osastohoidon yksikön henkilökunta ei tule saamaan tietoonsa ketkä potilaat ovat ottaneet osaa opinnäytetyöhöni.

Osallistuminen tutkimukseen on oltava aina vapaaehtoista. Tutkimuksen tulee olla myös mahdollista keskeyttää. Haastatteluun osallistuville täytyy tarjota riittävästi tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista. Haastattelutapa sekä mahdollinen haastattelun nauhoittaminen tai kuvaaminen pitää kertoa tutkitaville ennen tutkimukseen osallistumista. (Kuula 2006, 106 – 107.) Haastattelu pyynnössä oli alustavasti mainittu haastattelun mahdollisesta nauhoittamisesta. Kirjeen vastaanottaneet saivat päättää, halusivatko he osallistua tutkimukseeni. Vielä haastattelutilanteessa he saivat kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää sen missä vaiheessa tahansa.

Opinnäytetyötä tehdessäni korostui salassapitovelvollisuus ja vapaaehtoisuus. Salassapitovelvollisuutta noudatin kaikessa toiminnassa. Haastattelut tallennettiin mp3-soittimeen, jonka käyttöoikeus oli ainoastaan minulla, salasanan takana. Haastattelut purettiin kuulokkeiden kautta, jotta ulkopuolisilla ei olisi ollut mahdollisuutta kuulla haastattelua. Haastatteluun osallistuneet koodattiin litterointivaiheessa, jotta intymiteettisuoja toteutuisi. Säilytin nauhurin sekä muun materiaalin kotona lukitussa lokerossa, enkä myöskään esitellyt tutkimusmateriaalia sellaisenaan kenellekään. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen toimitan materiaalin hävitettäväksi asianmukaisella tavalla.

8.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulokset ovat neljän valtaväestöön kuuluvan miehen kokemuksista. Naisnäkökannan puuttuminen tutkimuksessa on selkeä puute.

Potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden toteutuneen pääpiirteittäin hyvin. Muun muassa nopeaa tarpeisiin reagointia pidettiin merkittävänä. Haastateltavien mielestä heidät otettiin huomioon päätöksenteossa ja he saivat riittävästi informaatiota päätöksen teon tueksi. Myös omaisten informointi ja huomioon ottaminen tuki potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Haastateltavilla oli kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisen epäonnistumisesta. Tapahtumat liittyivät usein auditiivisen tilan loukkaukseen sekä vuorovaiikutustilanteisiin.

Tutkimuksen valossa näyttää siltä, että potilaiden kokema hoito vaativan osastohoidon yksikössä on ollut yksilöllistä ja henkilökohtaista tilaa säilyttävää. Potilaat kokivat hoitajan kokoaikaisen läsnäolon myönteiseksi ja turvallisuutta luovaksi tekijäksi. Haastateltavat arvostivat, että heidät kohdattiin yksilöinä ja otettiin mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon.

Opinnäytetyöni tulokset tukevat Leino - Kilven ym. (2002,9) huomiota, että potilaiden yksityisyyden tarve on yksilöllisesti erilainen. Haastatteluissa kävi ilmi myös haastateltavien tarve yksityisyyteen sekä tarve säädellä omaa suhdettaan muihin. Tämä ilmiö on samansuuntainen kuin Leino - Kilven ym. (2002,9) tutkimuksessa.

Haastatteluissa ilmeni, että kaikki haastateltavat eivät halunneet ottaa osaa omaa hoitotoimia koskeviin päätöksiin. Tämä on samassa linjassa Rosqvistin (2003, 96) tutkimustulosten kanssa. Haastateltavan iällä ei ollut merkitystä,

toisin kuin Rosqvistin tutkimuksessa (2003, 96). Opinnäytetyössä ilmeni, että osa haastateltavista alistui hoitopäätöksiin, koska he luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Haastatteluissa nousi esiin vaativan osastohoidon yksikössä vierailleiden lääkäreiden alttius auttaa ja ottaa kantaa potilaan hoitoon sekä sairaudesta johtuviin muihin ongelmatekijöihin.

Samoin kuin Rosqvistin tutkimuksessa (2003, 90 - 91) opinnäytetyössäni haastateltavat kokivat epämiellyttävänä hoitotyöntekijöiden tarpeettoman kovaäänisen puheen. Eteenkin yöaikainen äänenkäyttö loukkasi haastateltavan auditiivista tilaa voimakkaasti. Hoituhuone 2:ssa, jossa sijaitsevat hoitajien työpöytä ja osastonhoitajan tilat, koettiin äänien nousevan ajoittain häiritseviksi. Tämä ilmiö on samassa linjassa Isokosken (1996,27) huomioiden kanssa. Ahtaus sekä samassa huoneessa tapahtuva muu toiminta koettiin ajoittain hyvinkin häiritseväksi. Herkkäunisimmat kokivat häiritseviksi yöllä tehtävistä toiminnoista syntyvät äänet, kuten esimerkiksi lääke- tai ruokatilausta tulostettaessa syntyvä tulostuksen ääni. Hoitajien erillisen raportointitilan puute aiheutti toisinaan tilanteita, jolloin haastateltava kuuli sellaista mitä ei olisi halunnut kuulla. Lisäksi liikennettä ko. huoneessa pidettiin ajoittain häiritsevän vilkkaana. Muutama haastateltava koki nämä seikat sairautensa alkuvaiheessa erittäin häiritseväksi. Tähän ongelmaan tulisikin puuttua nopeasti. Opinnäytetyö tukee sitä ajatusta, että vaativan osastohoidon yksikköön tulisi saada erilliset kansliatilat. Tällöin potilashuoneet rauhoittuisivat ainoastaan hoitotoimille ja potilaiden lepopaikoiksi. Jos kansliatila olisi erillinen, voitaisiin hoituhuoneesta siirtää pois lääkekaapit, tulostimet sekä muun potilaan hoitotyössä tarpeeton tavara. Erillinen kansliatila mahdollistaisi myös yksityisyyden takaavan raportoinnin. Hoitajien käyttämään äänenvoimakkuuteen tulee kiinnittää myös huomiota, eteenkin nukkuvia potilaita tulisi kunnioittaa keskustelemalla mahdollisimman vaimealla äänellä.

Osa potilaista koki yöllisen valaistuksen häiritseviksi ja yöunta haittaaviksi. Hoitotoimia on suoritettava myös yöllä. Hoitotoimia tehtäessä on pyrittävä käyttämään potilas- sekä työturvallisuuden vuoksi tarkoituksen mukaista valaistusta. Yöllä voidaan käyttää esimerkiksi kattovalojen himmennintä, erillisiä kohdevaloja sekä otsalamppua.

Hoitajien tapaan puhutella potilaita olisi myös syytä kiinnittää huomiota. Haastateltavien kertomusten mukaan ”lässyttäminen” koettiin alentavaksi. Tässä yhteydessä lässyttämällä ymmärretään joko itsestään selvyyksien kertomista ja toistamista tai äänenpainon muuttamista kuin lapselle puhuttaessa. Vuorovaikutustilanteissa hoitohenkilöstön tulee toimia potilasta kunnioittavasti ja pyrkiä tarjoamaan riittävästi tietoa potilaan näin halutessa. Haastateltavat toivoivat, että asioita käsiteltäisiin rehellisesti ja suorasukaisesti sekä sanottaisiin asiat niin kuin ne ovat.

Hoitohenkilökunta sai kiitosta välittömästi ja ajoittain jopa rempseästi käytöksestä ja sanailusta. Haastatteluissa nousi esiin Rosqvistinkin (2003,99) mainitsema huumorin merkitys positiivisen ilmapiirin luojana. Samoin kuin Maunu (1996,7) omassa työssään nousi esiin potilaiden myönteinen kokemus siitä, että hoitotyöntekijät keskustelivat potilaan kanssa muustakin kuin potilaan hoidosta. Erään haastateltavan mielestä tuollainen käytös sai hänet unohtamaan, että oli sairaalassa hoidettavana. Haastateltavat pitivät arvokkaana sitä seikkaa, että hoituhuoneissa leijui aina pieni huumorin kipinä.

Rosqvist (2003, 15) tutkimuksessa potilaan tarve suojata visuaalista tilaansa väliverhoin väheni eräillä haastateltavilla hoitoajan pidentyessä. Rosqvist selitti se olevan seurausta potilaan sopeutumisesta vähentyneeseen yksityisyyteen sairaalassa ja tottumiseen esimerkiksi potilastovereihin, jolloin suojautumisen merkitys väheni. Samansuuntaisia tuloksia sain myös minä omassa

opinnäytetyössäni. Mielenkiintoista on myös se, että toisin kuin Rosqvistin (2003,99) tutkimuksessa mieshoitajien hoitotoimia ei pidetty kiusallisena, vaan osa haastateltavista piti sitä jopa tervetulleen seikkana. Tämä poikkeama ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, sillä omassa tutkimuksessani kaikki haastateltavat olivat miehiä ja heidän hoitoajat vaativan osastohoidon yksikössä olivat olleet pitkiä sekä opinnäytetyöni ja Rosqvistin tutkimuksen välillä on kahdeksan vuotta. Miesten yleistyminen hoitohenkilökunnassa on myös saattanut vaikuttaa potilaiden asenteisiin sekä kokemuksiin.

Opinnäytetyöni auttaa kehittämään potilaslähtöistä hoitoa Keski-Suomen keskussairaalassa. Esimerkiksi vaativan osastohoidon yksikössä puutteisiin puuttumalla, tapoja korjaamalla sekä hyviä asioita korostamalla voidaan luoda entistä turvallisempi ja inhimillisempi paikka sairaalle sairastaa. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että inhimillinen ja holistinen tapa hoitaa ja kohdata potilas on vaativan osastohoidon yksikön voimavara.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Olisi mielenkiintoista, jos sama tutkimuksen tekisi vaativan osastohoidon yksikön ulkopuolinen henkilö. Tällöin tutkimusta ei rasittaisi mahdolliset emotionaaliset tunnesiteet ja tulokset olisivat vielä objektiivisemmat. Lisäksi tutkittavien joukossa tulisi olla myös naisia, koska heidän kokemuksensa henkilökohtaisesta tilasta voi erota miesten kokemuksista. Syventävänä tutkimuksena voitaisiin selvittää tarkemmin eri henkilökohtaisten tilojen ulottuvuuksien merkitystä vaativan osastohoidon yksikössä hoidossa olleille potilaille.

Syventävänä tutkimuksena voitaisiin selvittää kvantitatiivisin keinoin eri henkilökohtaisten tilojen ulottuvuuksien merkitystä vaativan osastohoidon yksikössä hoidossa olleille potilaille.

Eräänä mielenkiinnon kohteena voisi olla vaativan osastohoidon yksikössä olleiden potilaiden, omaisten sekä siellä toimivien hoitohenkilöiden käsityksiä hyvästä hoidosta sekä verrata sitä toteutettuun hoitoon.

LÄHTEET

- Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Perttilä, J., Ruokonen, E., Silfast, T. (toim.) 2010. Nestehoito. Duodecim. Vantaa: Hansaprint OY.
- Bjälle, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö.V. & Toverud K.C. 1999. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY
- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammi
- Eskola, A. 1971 Sosiologian tutkimusmenetelmät. Toinen painos, Porvoo: WSOY
- Hall, E.T., 1990. The Hidden Dimension. Doubleday & Company, Inc. Garden City, New York: Anchor Books
- Heino, T. 1995. Hoitajan ja hengityskonepotilaan välinen viestintä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Herrala, H., Karhola, T., Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY opintomateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S. 1982. Ihmiskäsitys kasvatustieteen laitos. Kasvatustieteen laitoksen julkaisu B:1. Jyväskylän yliopisto,
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 1988 Teemahaastattelu. Neljäs painos. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi
- Hupli M., Leino-Kilpi H. & Salanterä S. (toim.) 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Turku: Digipaino.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Isokoski, M. 1996. "...hetkekskään ei jätetty, siinä oli koko ajan vierellä joku hoitaja.." Kuvaileva tutkimus hoitotyöstä teho-osastolla hengityslaitehoidossa olevan ihmisen kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (1994) Onko sairaalassa yksityisyyttä? Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:5/1994. Turku.

Jokinen, P., Koskinen, L., 2001: Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede 13 (6). 301–309.

Jyväskylän yliopisto: Kielikeskus, nonverbaalisen viestinnän koodeja. Viitattu 29.9.2010.http://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja_perusteita_maarittely_koodit.shtml

Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T., Ritmala-Gastrén, M (toim.). 2010. Teho- ja Valvonta, hoitotyön opas. Duodecim. Tallinna: Kolofon Baltico OÜ

Kajaanin ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyön pakki, kuvaileva tutkimus. Viitattu 8.8.2011. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTutkKuvaileva.aspx>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: Sydänvalvonta. Viitattu 14.10.2010. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=24775&culture=fi-FI&contentlan=1>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: Vaativan osastohoidon yksikkö. Viitattu 22.11.2010.<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=33346&culture=fi-FI&contentlan=1>

Kuula, A. 2006 Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Kuuppelomäki, M. & Hentinen, M. 1987. Yksityisyys sairaalaympäristössä. Teoksessa: Sairaanhoidon vuosikirja 1987, 57 – 72. Forssa: Forssan kirjapaino Oy.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita PrimaOy.

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisältöanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1) 3-11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 13.10.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisältöanalyysi. Teoksessa Janhonen, S., Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A* 37/2002. Turun yliopisto.

Leino-Kilpi, H., Mäkelä, M. & Suominen, T. (toim.). 2000. Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja –hoitajan parhaaksi. hoitotyön laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. *Sarja A* 27. Turun yliopisto.

Maunu, M. 1996. Minä olin potilas. *Sairaanhoitaja*. 69(9) 1996, 6-8.

Metsämuuronen, J. 2005: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Metsämuuronen, J. 2006: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä (uudistettu laitos). Jyväskylä: Gummerus.

Mykkänen, M. 1997 Hoitohenkilökunnan käsitykset pitkittävän tehohoidon laadun osatekijöistä. *Hoitotieteen laitos. Väitöskirja*. Kuopion yliopisto.

Mäkinen, O. 2006: Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nikkonen, M. (toim.) 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 21–43.

Nukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. *Hoitotyön laitos. Väitöskirja*. Kuopion yliopiston julkaisuja E., yhteiskuntatieteet 157. Kuopion yliopisto.

Nousiainen, P. 1995. Opettajan työn perusteita etsimässä: Luokanopettajan käsityksiä ihmisestä, koulusta ja opettajuudesta. *Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B*:8.

Oliver, P. 2004. *The Student's Guide to Research Ethics*. Berkshire: Open University Press.

Peltonen, A. 1979. Koulunuudistuksen ihmiskäsitys ja eettiset periaatteet. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 113.

Peltonen, P. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidon tehohoitoon edustajana. Tutkiva hoitotyö 6(2) 2008, 10-16.

Pihlainen, V. Keskimääräinen hoitoaika sekä potilasjakauma vaativan osastohoidon yksikössä. Sähköpostiviesti. 19.10.2011. Vastaanottaja M. Liuski.

Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Jyväskylä: Gummerus.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Hämeenlinna: Sairaanhoidon koulutussäätiö.

Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.

Rosqvist, E. & Rosqvist, J. 1999. Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen sairaalassa – Säilyykö yksityisyys? Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Rosqvist, E. 2003 Potilaiden kokemuksia henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta universitatis Ouluensis D174. Oulun yliopisto.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (Toim.)(2005) Haastattelu. Vastapaino, Tampere
Starck, J. & Teräsvirta, L. 2009. Melu. Työterveyslaitos. Tampere: Esa Print Oy.

Sairaanhoidajan eettiset periaatteet. Viitattu 28.9.2011.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet

Takkunen, O. 1999. Tehohoidon järjestelyt. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala J. Anestesia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Tuhkanen, M - L. 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. Sairaanhoidaja – lehti 3/2006.

Tuomi, J & Sarajärvi, A 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä, Tammi

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima OY

Vaativan osastohoidon yksikön lääkehoitosuunnitelma 18.2.2010

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Åstedt-Kurki, P., Heikkinen, R-L. 1994. Two approaches to the study of experiences of health and old age: the thematic interview and the narrative method. *Journal of Advanced Nursing* 20. 418–421.

LIITTEET

Hoitopäivät kumulatiiviset

LIITE 1 1/2

Vuosi	2009	2010	2011
Erikoisala			
10 Sisätaudit (ei käytössä)	53	186	80
20 Ei käytössä kirurgia	217	344	194
30 Ei käytössä naistentaud. ja synn.		5	
55 Korva-, nenä- ja kurkkutaudit		2	
58 Hammas-, suu- ja leukasairaudet	1		
77 Neurologia	92	42	286
80 Keuhkosairaudet	82	275	158
Yhteensä	444	850	723

Ehdot: Kustannuspaikka on 3210 Vaativan osastohoidon yksikkö,

kuukausi on tammi - lokakuu, ja palveluala on Vuodeosastot ja päiväkirurgia.

Tietojen päivitys on tehty 3.11.2011. Tietokanta sisältää tietoja ajalta 28.4.2008 -3.11.2011.

Organisaatiorakenne on vuodelta 2011.

Vuosi	2009	2010	2011
Erikoisala			
10 Sisätaudit (ei käytössä)	1	3	3
20 Ei käytössä kirurgia	8	8	9
30 Ei käytössänaistentaud ja synn		1	
55 Korva-, nenä- ja kurkkutaudit			1
58 Hammas-, suu- ja leukasairaudet			1
77 Neurologia	5	4	9
80 Keuhkosairaudet	6	17	17
Yhteensä	20	34	39

Ehdot: Kustannuspaikka on 3210 Vaativan osastohoidon yksikkö,

kuukausi on tammi - lokakuu, ja palveluala on Vuodeosastot ja päiväkirurgia.

Tietojen päivitys on tehty 3.11.2011. Tietokanta sisältää tietoja ajalta 28.4.2008 -3.11.2011.

Organisaatiorakenne on vuodelta 2011.

Keskimääräinen hoitoaika/potilas:

hoitopäivät ajalla 2009- 2011/hoitojaksot ajalla 2009 - 2011

$$=(444+850+723) / (20+34+39) = 2017/ 93$$

$$= 21,7$$

Haastattelutilanteessa kysyn Teiltä alla olevat kysymykset, joihin voitte vastata omin sanoin. Saatan esittää tarkentavia lisäkysymyksiä.

1. Kuvatkaa millaista oli olla potilaan vaativan osastohoidon yksikössä?

2. Mitkä seikat koitte hyviksi tai tärkeiksi Teidän hoitojaksonne aikana?

* esim. ympäristö, hoitohenkilökunta, omaiset, yms.

3. Mitkä asiat eivät olleet hyvin Teidän hoitojaksonne aikana?

* esim. ympäristö, hoitohenkilökunta, omaiset, yms.

4. Mitä muuta asiaan liittyvää haluatte kertoa?



Opiskelija/ tutkimuksen tekijä	Nimi ja opiskelijanumero Markku Liuski <input type="text"/>	Ryhmätunnus SHO9SM	
	Katuosoite <input type="text"/> katu16	Postinumero 40520	Postitoimipaikka JYVÄSKYLÄ
	Puhelin 0400- <input type="text"/>	Sähköpostiosoite <input type="text"/> @yahoo.com	
	Yksikkö ja koulutusohjelma HYVI / AAKE3		
Muut tekijät	Nimi ja ryhmätunnus -		
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi Marjo Palovaara	Oppiarvo ja ammatti Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite HYVI / Keskussairaalantie 21 E, 40620 JYVÄSKYLÄ		
	Puhelin +358400- <input type="text"/>	Sähköpostiosoite <input type="text"/> @jamk.fi	
	Toimeksiantaja Oh Vuokko Pihlainen		
Tutkimuksen toimeksian- taja	Yhteystiedot Vaativan osastohoidon yksikkö Keskussairaalantie 19 40620 JYVÄSKYLÄ		
	Toimeksiantajan edustaja täyttää		
Toimeksiantajan edustaja täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input checked="" type="checkbox"/> Muut ehdot <i>Henkilöstön indikeetti (esim. nimet) tulee esittää. Tutkimuksen myöntäjä K-SSAP:lle myös tulevaisuudessa toimittajien kehittämisessä.</i>		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi <i>MAARIT RAAPPANEN, YLIHoitaja</i>		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä</i> <i>16.12.2010</i>	Allekirjoitus <i>Marjo Palovaara</i> <i>21/12-10</i> <i>16.12.2010</i>	

Hyväksytty tutkimus-
suunnitelma

Arvoisa vastaanottaja

Jyväskylä 14.12.2010

Olen saanut yhteystietonne Keski-Suomen Keskussairaalan potilasrekisteristä Kirurgian toimialan ylihoitaja Maarit Raappanan luvalla.

Suoritan alempaa korkeakoulututkintoa Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikössä. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, jossa tarkastelen potilaiden kokemuksia henkilökohtaisen tilan säilymisestä vaativan osastohoidon yksikössä. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää yksilölähtöisempää hoitoa ko. yksikössä.

Tutkimus sisältää vaativan osastohoidon yksikössä olleiden potilaiden haastattelun. Toivon Teitä osallistumaan haastattelututkimukseen. Haastattelu kestää kokonaisuudessaan noin tunnin. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu nauhoitetaan. Nauhoituksen tarkoituksena on saada taltioitua tarkasti haastateltavan mielipiteet. Haastattelumateriaalia käsitellään luottamuksellisesti eikä materiaalia käytetä muuhun tarkoitukseen. Haastattelumateriaali tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua. Minulla tutkijana on vaitiolovelvollisuus ja vastuu siitä ettei Teidän henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa.

Ottamalla osaa haastatteluun, olette mukana kehittämässä vaativan osastohoidon yksikön hoidon laatua. Toivon Teidän täyttävän ja palauttavan suostumuslomakkeen ke. 18.5.2011 mennessä.

Vastaan mielelläni haastatteluun liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Markku Liuski

markku.liuski.sho@jamk.fi

p. 0400-582827

Pyydän Teiltä ystävällisesti lupaa haastattelulle. Toivon että täytätte alla olevat kohdat. Otan Teihin yhteyttä myöhemmin sopiaksemme haastatteluun liittyvistä seikoista, kuten haastattelun ajankohdasta.

Suostun haastattelututkimukseen.

Aika ja paikka

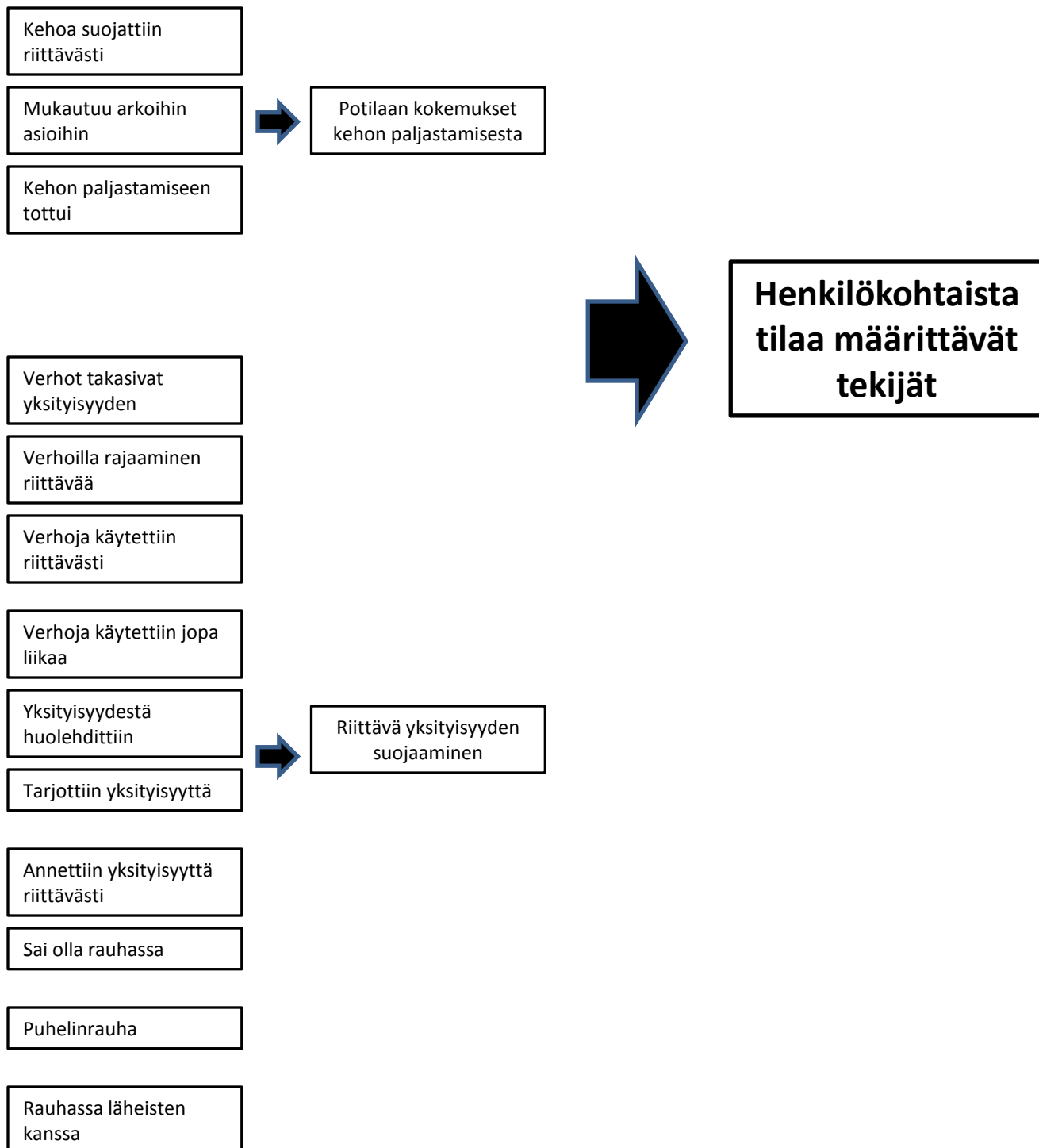
Allekirjoitus ja nimen selvennys sekä puhelinnumeronne

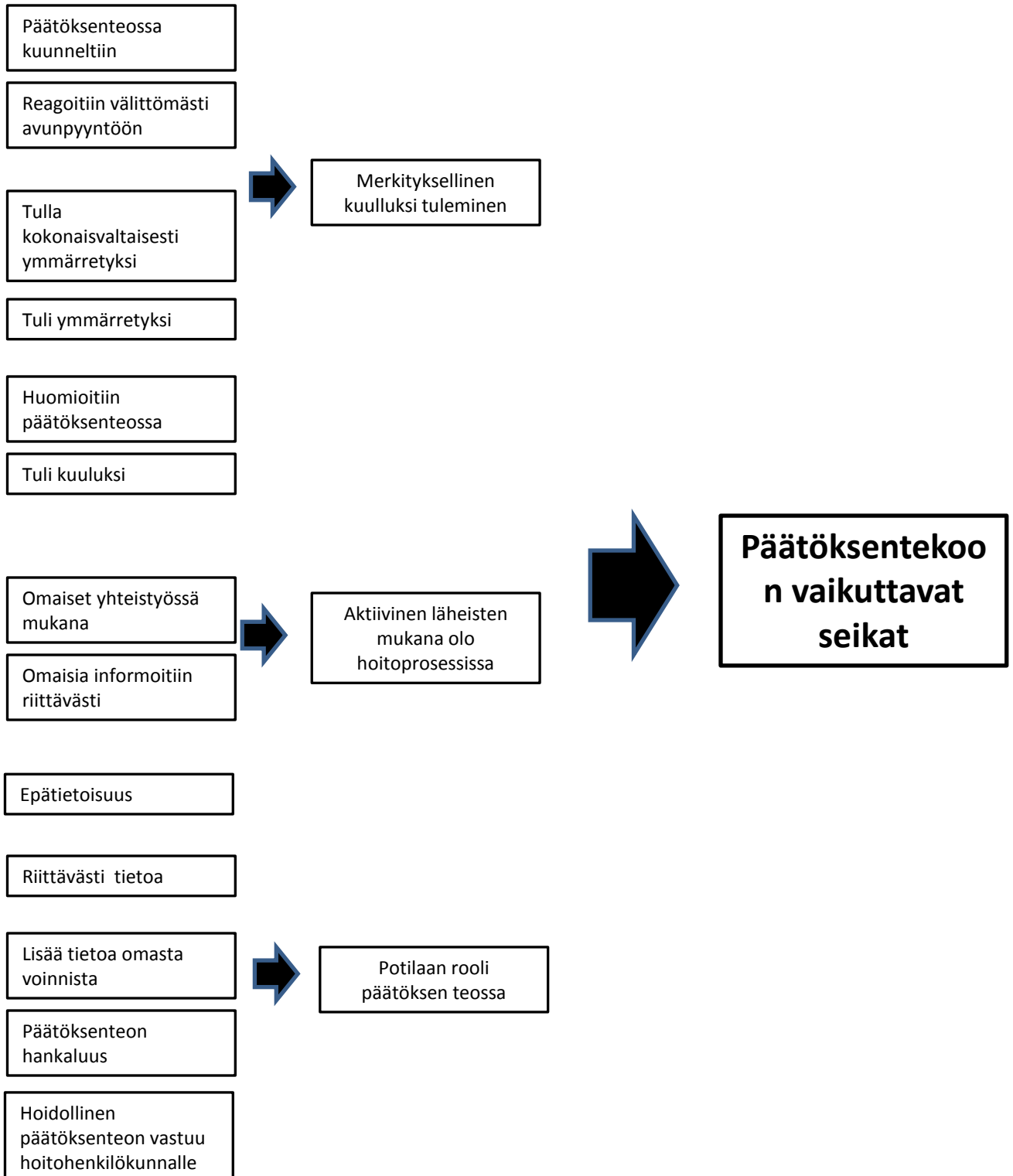
Palauttakaa tämä kaavake oheisessa vastauskirjeessä 18.5.2011 mennessä.

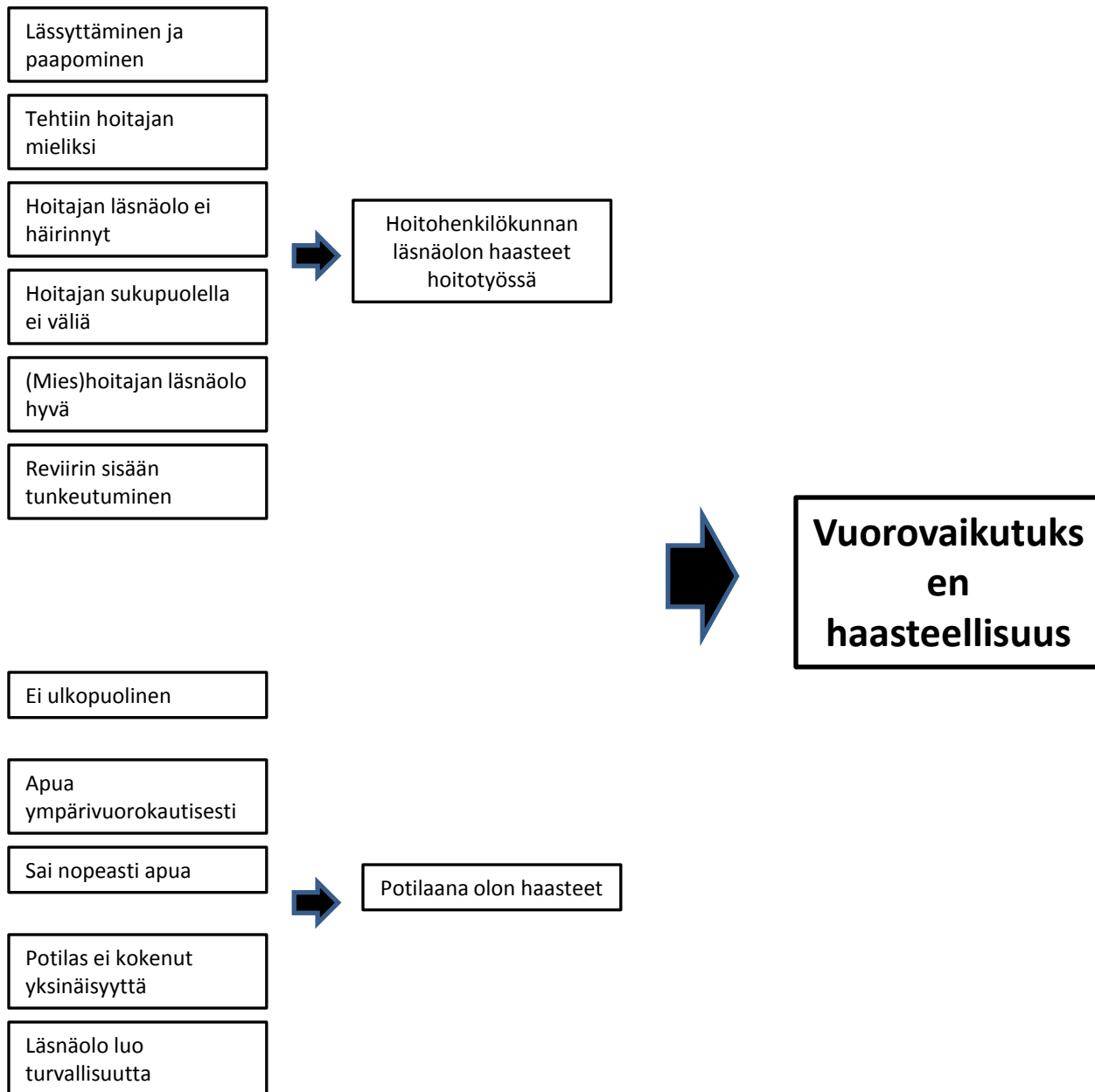
Esimerkki aineistoanalyysistä

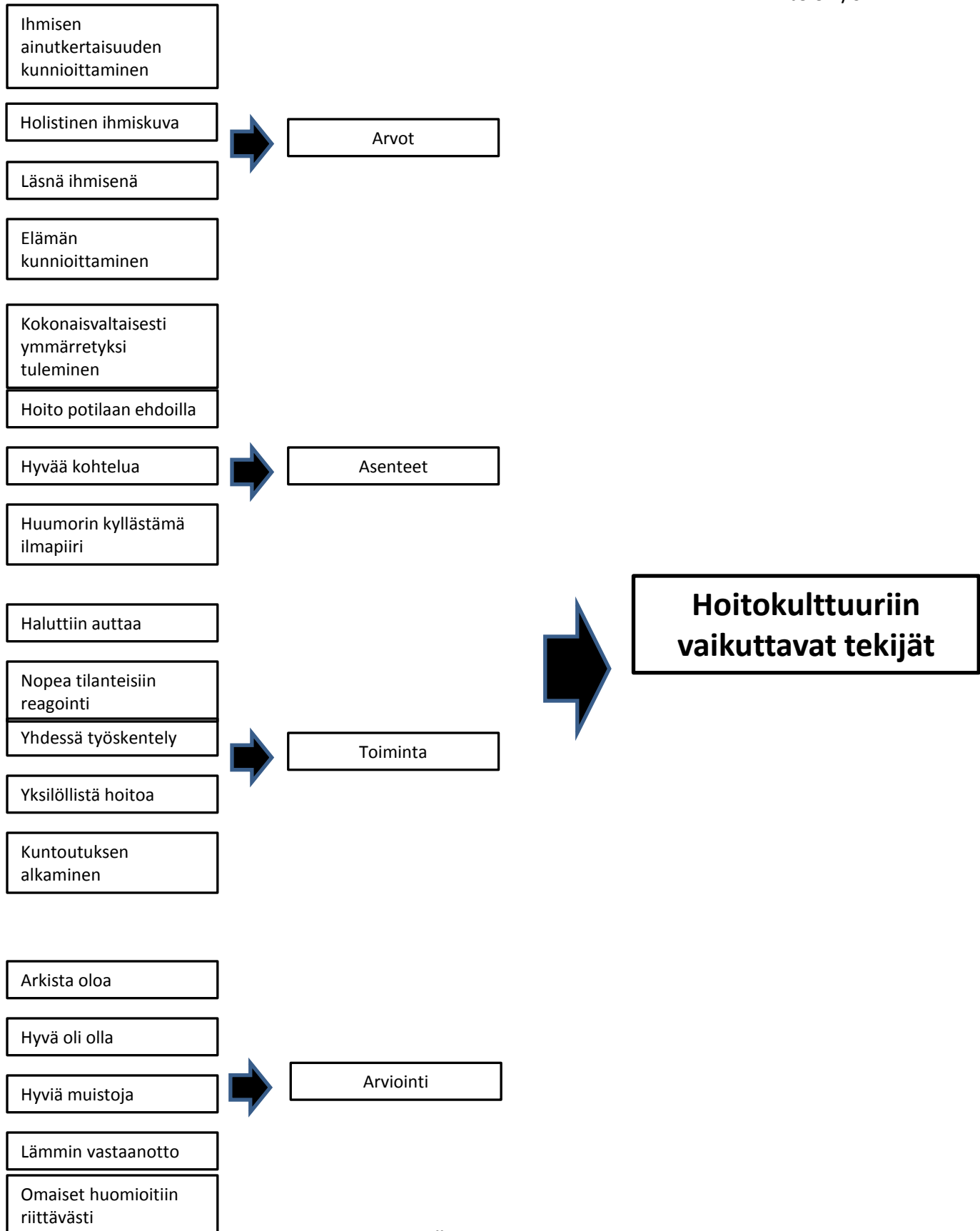
LIITE 5

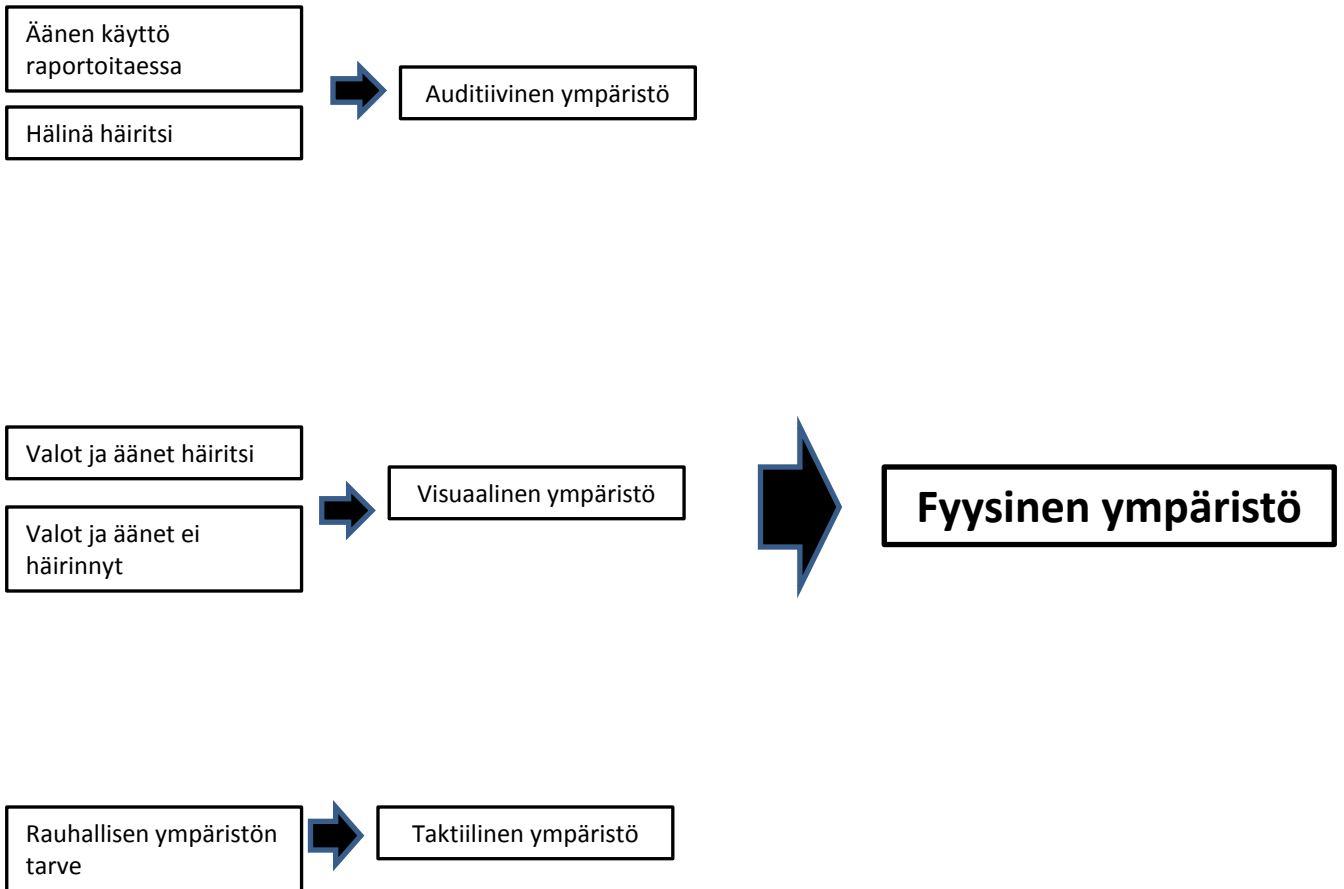
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<i>Sä et tunne itseäsi enää niin ulkopuoliseksi kun sä oot päässy vähän juttelemaan.</i>	Ei kokenut itseään ulkopuoliseksi	Potilaana olon haasteet	Vuorovaikutuksen haasteellisuus	Jatkuvaa valvontaa tarvitsevan potilaan itsemääräämisoikeus intensiivisessä hoitosuhteessa
<i>K: Millaiset seikat hoidossa koit hyviksi? V: Yks oli semmonen sillon alkuun, se asennon vaihtaminen, niin eihän se tava osastolla... että jos sä soitat kelloa niin siin saattaa mennä puolikin tuntia ennen kuin siinä on hoitaja. Se on aika pitkä aika jos selkä on kipee tai johonkin oikeesti painaa ja sattuu...niin että siinä on apu heti.</i>	Apua ympärivuorokautisesti			
<i>No eihän se muuta kun jos on jotakin valittamista niin heti tulee apu.</i>	Sai nopeasti apua			
<i>Kun kerran samassa huoneessa ei ollut muita potilaita niin ois siellä ollut aika orpo olo jos siellä vaan kolme neljä kertaa joku vaan kävis.</i>	Potilas ei kokenut yksinäisyyttä			
<i>Kaiken kaikkiaan minä koin yöt turvallisina... siitä syystä että tiesin että siellä oli osaavia ihmisiä ja koko ajan mukana.</i>	Läsnäolo loi turvallisuutta			

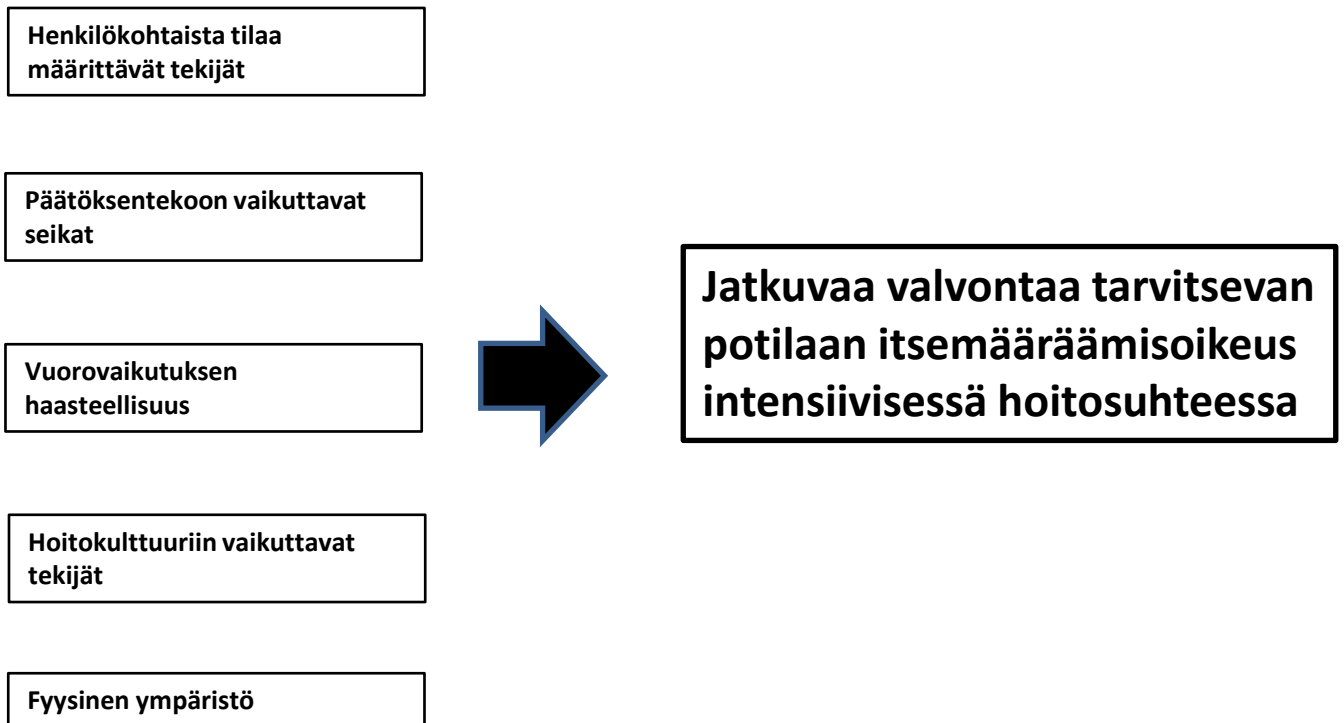












KUVIOT Pohjapiirros vaativan osastohoidon yksiköstä

KUVIO 1

